

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PRÁTICA PROFISSIONAL DE**  
**ENFERMAGEM**

**ASPECTOS QUALI-QUANTITATIVOS DO DIMENSIONAMENTO DE**  
**PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE**  
**UM HOSPITAL DE ENSINO**

**CURITIBA**  
**2007**

**CÍNTIA DA SILVA MAZUR**

**ASPECTOS QUALI-QUANTITATIVOS DO DIMENSIONAMENTO DE  
PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE CIRÚRGICA DE  
UM HOSPITAL DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lillian Daisy  
Gonçalves Wolff.

**CURITIBA  
2007**

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, mantenedor de nossas vidas.

A **meus pais** por serem exemplos de honestidade e por sempre incentivarem o desenvolvimento pessoal e profissional. Exemplos de trabalho, esforço e dedicação.

A **meus irmãos**, por sempre acreditarem na consecução desse trabalho.

Às **AMIGAS da turma de mestrado**, pelo companheirismo, alegria, incentivo e união.

À amiga **Luciana Grittem** pela amizade, apoio e preocupação nos momentos de crise.

À **Universidade Federal do Paraná** por ser a instituição responsável por todo o meu processo de formação, graduação, especialização e mestrado.

A todos os **professores do Departamento de Enfermagem** da Universidade Federal do Paraná pela contribuição na formação e pelo constante incentivo à atualização e crescimento.

Ao **Hospital de Clínicas da UFPR**, por ser campo de ensino, pesquisa e extensão, e contribuir para o crescimento científico e profissional dos discentes.

Às **Unidades administrativas do Hospital de Clínicas da UFPR**, em especial à Unidade de Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR, pela prontidão das profissionais Valéria Filomena de Oliveira e Dirce Neris da Silva, em fornecer informações para o desenvolvimento desse trabalho.

Ao **Serviço de Apoio ao Ensino e Extensão**, representado por Hildecy Ualmira Schwaemml e Eliana Marisa dos Santos.

À **Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR**, por aceitar ser campo de pesquisa e por colaborar integralmente para o desenvolvimento da mesma, e a **todos profissionais de Enfermagem da unidade** que me receberam de forma extremamente acolhedora, e sem os quais, não seria viável a concretização dessa dissertação.

À Prof<sup>a</sup>. **Msc. Carmen Elizabeth Kalinowski** pela amizade e constante incentivo à formação acadêmica e cidadã, e

Especialmente à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Lillian Daisy Gonçalves Wolff**, pela amizade, companheirismo, competência, propriedade e sutileza nas orientações. Exemplo de profissional e ser humano a ser seguido.

## DEDICATÓRIA

Dedico parte da concretização desse trabalho à amiga **Joelma Beatriz Girett de Lima**.

Nosso reencontro depois da infância na turma de mestrado foi surpreendente. A convivência possibilitou a construção de laços afetivos fortes, e sua perda inesperada trouxe sensação de vazio. Porém, no tempo em que convivemos foi possível crescermos, compartilharmos e planejarmos o alcance de nossos objetivos finais. Como sua escolha foi diferente da nossa, resta prestar homenagem póstuma pelo tempo em que pudemos compartilhar momentos de vida, e que particularmente, foram muito felizes.

*No te he visto en un tiempo,  
pero frecuentemente imagino  
todas tus expresiones.  
No he hablado contigo recientemente,  
pero muchas veces  
escucho tus pensamientos.  
Buenos amigos no tienen siempre  
que estar juntos.  
Es el sentimiento de unidad,  
que cuando separados,  
prueba la amistad duradera.  
Susan Polis Schutz*

## SUMÁRIO

	<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>iv</b>
	<b>DEDICATÓRIA ESPECIAL.....</b>	<b>v</b>
	<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>viii</b>
	<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>ix</b>
	<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>xi</b>
	<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>xii</b>
	<b>RESUMO.....</b>	<b>xv</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
1.1	Delimitação do problema.....	06
1.2	Justificativa.....	07
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
2.1	Objetivo geral.....	09
2.2	Objetivos específicos.....	09
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1	Dimensões ético-políticas e legais do dimensionamento.....	11
3.2	Dimensão técnica do dimensionamento de pessoal de Enfermagem.....	13
3.3	Aspectos técnicos do dimensionamento de pessoal de Enfermagem.....	16
3.4	Principais fatores políticos, sociais e econômicos que influenciam o dimensionamento de pessoal em Enfermagem.....	25
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
4.1	Cenário da pesquisa.....	28
4.1.2	Tipo de pesquisa.....	28
4.2	Aspectos éticos da pesquisa.....	30
4.2.1	Coleta de dados.....	31
4.2.2	Estudo-piloto.....	32
4.2.3	Observação sistemática.....	32
4.2.4	Questionário.....	33
4.2.5	Entrevista.....	34
4.2.6	Análise documental.....	34
4.3	Cálculo de pessoal de Enfermagem.....	35

4.4	Tratamento e análise dos dados.....	39
<b>5</b>	<b>O AMBIENTE OPERACIONAL E INTERNO DA UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HC/UFPR.....</b>	<b>40</b>
5.1	Características do ambiente operacional do HC/UFPR.....	41
5.1.1	Hospital universitário.....	41
5.1.2	Hospital integrante do Sistema Único de Saúde.....	43
5.2	Características do ambiente interno do HC/UFPR.....	48
5.2.1	O Serviço de Enfermagem.....	51
5.3	A Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo.....	61
5.3.1	Caracterização do perfil dos pacientes internados na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR.....	62
5.3.2	O processo de cuidar em Enfermagem na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR.....	70
5.3.2.1	Atividades dos profissionais no processo de cuidar.....	75
5.3.2.1.1	Atividades de cuidado direto.....	76
5.3.2.1.2	Atividades de cuidado indireto.....	87
5.3.2.1.3	Tempo médio dedicado ao cuidado pessoal por profissionais de Enfermagem da CAD durante um turno de trabalho.....	96
5.4	A greve como reflexo da influência de fatores dos ambientes operacional e interno no processo de cuidar da CAD.....	98
<b>6</b>	<b>O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HC/UFPR.....</b>	<b>107</b>
6.1	O absenteísmo na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR.....	116
6.2	O quantitativo de pessoal de Enfermagem para a Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR.....	124
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>140</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>150</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Ambiente operacional do hospital.....	<b>03</b>
-----------------	---------------------------------------	-----------

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição numérica e de complexidade das cirurgias realizadas a pacientes da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2006.....	61
<b>Gráfico 2</b>	Pirâmide etária do Brasil - Ano base 2000.....	63
<b>Gráfico 3</b>	Pirâmide etária do Paraná – Ano base 2000.....	64
<b>Gráfico 4</b>	Evolução da média de permanência e taxa de ocupação na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de 2000 a 2007.....	67
<b>Gráfico 5</b>	Distribuição percentual da avaliação do estado mental dos pacientes por dias do mês.....	79
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição percentual da avaliação da dependência de oxigenoterapia dos pacientes por dias do mês.....	80
<b>Gráfico 7</b>	Distribuição percentual da avaliação da necessidade de controle dos sinais vitais dos pacientes por dias do mês.....	81
<b>Gráfico 8</b>	Distribuição percentual relativa à avaliação da motilidade dos pacientes por dias do mês.....	82
<b>Gráfico 9</b>	Distribuição percentual dos pacientes com relação à capacidade de deambulação nos dias do mês.....	83
<b>Gráfico 10</b>	Distribuição percentual relativa à capacidade de alimentação dos pacientes por dias do mês.....	84
<b>Gráfico 11</b>	Distribuição percentual da capacidade de execução do cuidado corporal dos pacientes nos dias do mês.....	85
<b>Gráfico 12</b>	Distribuição percentual das avaliações referentes à dependência do paciente em realizar as eliminações, por dias do mês.....	86
<b>Gráfico 13</b>	Distribuição percentual da via ou do tipo de terapêutica dos pacientes por dias do mês.....	87
<b>Gráfico 14</b>	Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que as realizam sempre na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007.....	93



<b>Gráfico 15</b>	Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que as realizam às vezes na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007.....	94
<b>Gráfico 16</b>	Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que nunca as realizam na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007.....	95

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Horas de Enfermagem por paciente nas 24 horas, de acordo com o tipo de assistência de Enfermagem.....	25
<b>Quadro 2</b>	Plano de coleta de dados do estudo, seus objetivos, sua localização no trabalho e o período destinado para a coleta dos dados.....	31
<b>Quadro 3</b>	Distribuição de alunos que realizaram aulas práticas nas diversas unidades de internação e na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de janeiro a novembro de 2007.....	42
<b>Quadro 4</b>	Número de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais em hospitais do SUS no Paraná e Curitiba e de cirurgias no HC/UFPR e CAD no primeiro semestre de 2007.....	44
<b>Quadro 5</b>	Demonstrativo da série histórica de número de leitos (existentes, cadastrados e ativos), internações e cirurgias, segundo o semestre/ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007.....	44
<b>Quadro 6</b>	Demonstrativo da série histórica da média de permanência dos pacientes, em unidades de diversas especialidades, segundo o semestre/ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007.....	46
<b>Quadro 7</b>	Demonstrativo da série histórica da média da taxa de ocupação dos leitos, de unidades de diversas especialidades, no primeiro semestre, por ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007.....	47
<b>Quadro 8</b>	Distribuição numérica e representatividade percentual das enfermeiras no HC/UFPR, 2007.....	56
<b>Quadro 9</b>	Classificação da condição dos pacientes para a avaliação do risco cirúrgico, segundo a <i>American Society of Anesthesiologists</i> (ASA).....	66
<b>Quadro 10</b>	Caracterização do perfil dos pacientes internados na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR no período vespertino do mês de Agosto de 2007, conforme sexo, local de residência, procedência, tipo de internação e tipo de saída.....	69
<b>Quadro 11</b>	Distribuição quantitativa e percentual de profissionais de Enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, segundo	

	categoria, por turno, de Janeiro e Agosto/2007.....	71
<b>Quadro 12</b>	Características do Hospital de Clínicas da UFPR relacionadas aos fatores ambientais considerados como intervenientes no processo de cuidar em Enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, e conseqüentemente, no dimensionamento de pessoal, 2007.....	105
<b>Quadro 13</b>	Carga média de trabalho, por categoria profissional, por tipo de cuidado, na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007.....	111
<b>Quadro 14</b>	Porcentagem de pacientes, por tipo de cuidado, encontrada em quatro clínicas cirúrgicas de hospitais universitários do Paraná e São Paulo, mediante a aplicação de Sistemas de Classificação de Pacientes.....	111
<b>Quadro 15</b>	Distribuição do número de plantões em modalidade de hora-extra realizados por profissionais da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de Agosto de 2006 a Agosto de 2007.....	123
<b>Quadro 16</b>	Projeção da distribuição numérica de profissionais de Enfermagem, por categoria, necessários para a Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007.....	126

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASPLAN	Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR
CAD	Cirurgia do Aparelho Digestivo
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CE	Coordenação de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAD	Conselho de Administração do Hospital de Clínicas da UFPR
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COUN	Conselho Universitário da Universidade Federal do Paraná
FUNPAR	Fundação da Universidade Federal do Paraná
HC/UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
IST	Índice de Segurança Técnica
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
MEC	Ministério da Educação e Cultura

MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica Assistencial
PRHAE	Pró-reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEE	Serviço de Apoio ao Ensino e Extensão do HC/UFPR
SAPS	Serviço de Avaliação e Perícia de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SIHUF	Sistema de Informação dos Hospitais Universitários Federais
SINDITEST-PR	Sindicato dos Trabalhadores do Ensino do Terceiro Grau Público de Curitiba, Região Metropolitana e Litoral do Paraná
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Administração de Pessoas
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

MAZUR, C.S. **Aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de pessoal de Enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino.** 2007. 156f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2007.

Estudo de caso, descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, em que objetivou-se realizar o dimensionamento de profissionais de Enfermagem requeridos em uma unidade de cirúrgica do aparelho digestivo (CAD) de um hospital de ensino, associando-o à análise conjunta de fatores dos ambientes operacional e interno, identificados como intervenientes no processo de cuidar da unidade. Constatou-se que este hospital federal, integrante dos sistemas nacionais de educação e de saúde, submete-se a políticas e normativas que definem, entre outros elementos, suas finalidades, metas, domínio, clientela, financiamento, modelo de gestão, que influenciam seus processos produtivos. O dimensionamento de pessoal de Enfermagem fundamentou-se na Resolução COFEN 293/2004. Foram coletados múltiplos dados por meio de: observação sistemática, entrevista, pesquisa documental, e aplicação de formulários. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes internados e profissionais de Enfermagem da CAD. Calculou-se carga de trabalho da enfermagem, utilizando-se o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) e as horas médias de assistência destinadas a cada tipo de cuidado pela referida resolução; a jornada de trabalho de 30 horas, e o Índice de Segurança Técnica (IST) calculado para cobrir ausências de profissionais da CAD. Os pacientes internados foram classificados, diariamente, por 31 dias consecutivos, e foram realizadas 333 observações. Dos 84 pacientes, 0,61% requereram cuidados intensivos, 4,58% cuidados semi-intensivos, 12,03% cuidados de alta dependência, 18,23% intermediários e 64,55% cuidados mínimos. Constatou-se que 40% do IST deve-se às ausências por folgas, 4% por feriados, 9% por férias, e 4% para enfermeiras e 40,5% para auxiliares e técnicos por licenças médicas. Projetou-se para a CAD um quadro de pessoal de 31 profissionais de Enfermagem para os 16 leitos ativos (2 enfermeiras e 29 auxiliares e técnicos). Comprovou-se que os 18 profissionais da CAD suprem atualmente apenas as horas de enfermagem diárias requeridas para a unidade, mas não há cobertura para as suas ausências. A gerência supre a falta de pessoal, autorizando horas-extras. Na análise de fatores dos ambientes operacional e interno intervenientes no processo de cuidar da CAD concluiu-se que: os profissionais de enfermagem são produtivos e compromissados, mas em número insuficiente, devido a restrições legais, orçamentárias e fiscais; seu absenteísmo é elevado, e suas condições de trabalho são adversas (faltam materiais, há instalações adequadas). A adesão dos profissionais do hospital a greves revela a sua insatisfação em relação às condições de trabalho e trabalhistas. O dimensionamento de pessoal de Enfermagem que inclua a análise dos ambientes operacional e interno é um instrumento que fundamenta e enriquece o poder de argumentação da gerente de Enfermagem frente ao hospital, em defesa da melhoria das condições de trabalho, com vistas à concretização do cuidado de qualidade, de acordo com: valores éticos, organizacionais e da profissão; padrões técnicos; e necessidades dos pacientes e dos profissionais.

**Palavras-chave:** Recursos humanos de Enfermagem, Dimensionamento de pessoal, cuidado de Enfermagem.

## ABSTRACT

MAZUR, C.S. **Quali-quantitative aspects of dimensioning of nursing staff at a surgical unit of a University Hospital.** 2007. 156f. Dissertation (Master) – Federal University of Paraná Nursing Graduation Program, 2007.

Descriptive and exploratory case-study, with a quantitative and qualitative approach. The aim was to develop the dimensioning of nursing staff at a digestive tract surgical (DTS) unit of a university hospital. Analysis comprehended the internal and external operational environments factors analysis, considering their role related to the health care process in this health service. It was shown that this federal hospital, which belongs to the national education and health services, is submitted to the policies and rules that define, among other elements, its objectives, goals, domains, users, financing, management model, which influence its productive processes. The dimensioning of nursing staff was based on the 293/2004 Resolution of Federal Council of Nursing. Many data were collected by: systematic observation, interviews, documental research, and forms application. The subjects of this research were inpatients and the DTS unit nursing personnel. The nursing work load was calculated, using Fugulin (2002) Patient Classification System, and the medium hours of attendance referring to each kind of nursing care according to the resolution; the work load of 30 hours per week, and the Technical Security Index (TSI) were calculated to cover the personnel absences in the DTS unit. Inpatients were classified, on a daily bases, during 31 consecutive days, and 333 observations were realized. From the 84 inpatients, 0,61% required intensive care, 4,58% required semi intensive care, 12,03% required high dependency care, 18,23% required intermediary care and 64,55% required minimal care. It was shown that 40% of the TSI happened because of day offs, 4% because of holidays, 9% because of vacations, and 4% for nurses, and 40,5% for nursing aids and technicians because of sick leaves. A total of 31 nursing professionals were projected to the DTS unit related to 16 active beds (2 nurses and 29 aids and technicians). It was proved that the actual 18 nursing professionals of the DTS unit are enough to perform the daily nursing hours that are required to the unit, but there is no covering for their absences. To solve this problem the manager deals with overtime work. Regarding the analysis of the operational and internal environments' influence on the DTS health care process, we concluded that: nursing personnel are productive and compromised, but the number of employees is not enough, due to legal, finance and fiscal issues; their absenteeism is high, and their work conditions are adverse (lack of material, inadequate physical environment). Their joining to strikes unveils their dissatisfaction towards the work conditions. A dimensioning of nursing staff that includes the analysis of the operational and internal environments' influence is a tool that grounds and enriches the Nursing manager argumentation power on dealing with the Hospital, defending the improvement of the work conditions, in order to establish the quality of health care, according to: ethical, organizational and professional values; to technical standards; and to patient's and professional's needs.

**Key words:** Human resources in nursing, Dimensioning of nursing staff, Nursing care.

# 1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho está inserido na linha de pesquisa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, denominada Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem e também inserido na sublinha Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

O cuidado é o foco da prática da Enfermagem (WATSON, 1988) e é por meio dele que os profissionais exercem ações em prol do atendimento às necessidades de saúde de indivíduos e comunidades. Em organizações hospitalares, as enfermeiras exercem um relevante papel, tanto em atividades ligadas ao cuidado direto aos pacientes, quanto na organização do ambiente de cuidado e no gerenciamento da equipe.

Os hospitais são complexos sistemas de cuidados que visam à manutenção do padrão de saúde de uma população. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde define-os como:

[...] estabelecimentos que têm: (i) no mínimo cinco leitos destinados à internação de pacientes, (ii) atendimento básico de diagnóstico e tratamento, (iii) equipe clínica organizada e prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos, (iv) serviço de Enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente nas 24 horas, (v) serviços de laboratório e radiologia, (vi) serviço de cirurgia e/ou parto, e (vii) registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos (NOVAES, 1998).

Como organizações complexas, os principais elementos dos hospitais são metas, propriedade, atividades que se propõem viabilizar, profissionais que as executam, tecnologia e estrutura organizacional, que caracterizam seu ambiente interno. A estrutura organizacional, segundo Robbins (2002, p.171), estabelece “[...] como são formalmente divididas, agrupadas e coordenadas as tarefas dos cargos”. Pode ser definida também “[...] como um sistema de suporte de relacionamentos consistentes entre as várias posições dentro de uma organização” (SILVA, 2002, p.62). Essa estrutura estabelece canais de autoridade, responsabilidade e comunicação, que orientam as relações e o comportamento das pessoas.

Entretanto, o hospital está inserido em um ambiente externo. Porém, o hospital só é dependente dos fatores desse ambiente externo que afetam mais diretamente seu processo de produção de cuidados de saúde, ou seja, aqueles que



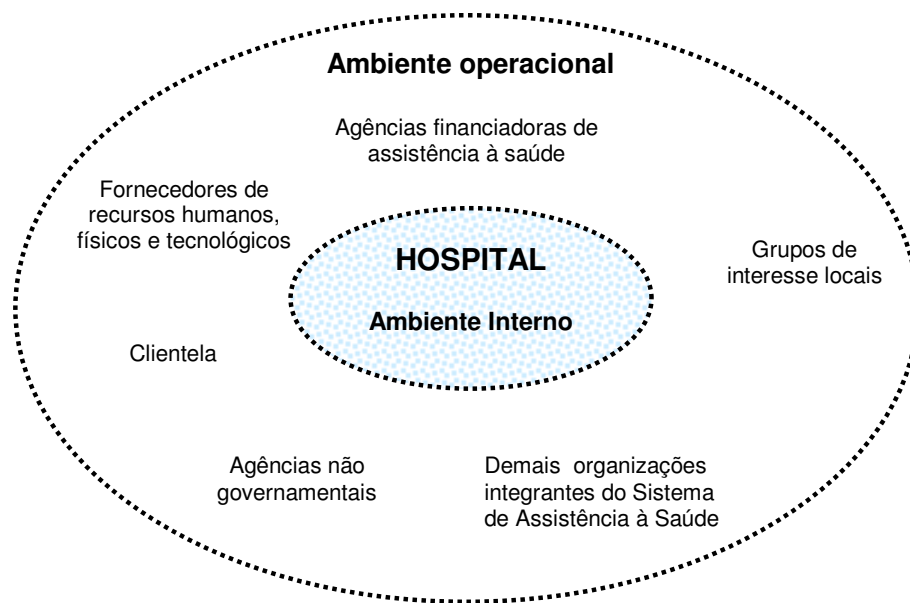
fazem parte do seu ambiente operacional. Este ambiente, de acordo com Certo *et al.* (2005, p. 27), “[...] é composto por setores que têm implicações específicas e relativamente mais imediatas na instituição”.

[...] caracterizado por fatores demográficos, geográficos, políticos, legais, econômicos, sociais, tecnológicos, sanitários e epidemiológicos, e que é integrado por atores do sistema de assistência à saúde ao qual o hospital pertence, a exemplo das agências governamentais reguladoras e controladoras do setor de saúde, das organizações fornecedoras de recursos materiais, humanos e financeiros externos, dos grupos de interesse nas atividades de hospitais e, em especial, da clientela (WOLFF, 2005, p.11).

Pode-se explicar que essa dependência do ambiente operacional é função do domínio do hospital, ou seja, das exigências a que ele se auto-impõe em termos de coberturas de doenças, população atendida e serviços que executa (LEVINE; WHITE citados por THOMPSON, 1976).

O seu domínio, por sua vez, determina os seus objetivos e metas, sua estrutura organizacional, seu processo de trabalho, mas o ambiente externo poderá oferecer oportunidades ou desafios para as suas condições de trabalho (estrutura física, pessoas, materiais, equipamentos e tecnologia, etc) (WOLFF, 2005).

Estas considerações contextualizam a situação de que a complexidade do hospital não se caracteriza somente por fatores internos, como uma estrutura organizacional constituída de muitos departamentos diferenciados e especializados, mas co-dependentes. Essa complexidade se amplia na perspectiva que ele faz parte de um sistema de saúde, dentro de um ambiente de mudanças constantes e incertezas, e que afetam a produção de cuidados. Portanto, essa visão sistêmica do hospital deve ser compreendida por todos os profissionais que nele atuam, para o entendimento de qualquer questão a ele relacionada.



**Figura 1 – Ambiente operacional do hospital**

Fonte: Wolff (2005, p. 15).

Todavia, considerando que a finalidade primordial de um hospital é o cuidado à saúde de pessoas, os hospitais necessitam continuamente avaliar seus processos de cuidar, e os aperfeiçoar. Esse aperfeiçoamento contínuo de seus processos é indispensável, independentemente se o hospital tem fins lucrativos ou não, uma vez que a qualidade de seus serviços é condição para que ele se mantenha no mercado da assistência hospitalar à saúde, público ou privado. Obviamente, nesse aperfeiçoamento devem estar contemplados: o provimento adequado da estrutura física (instalações e equipamentos) e de recursos materiais; a busca de novas tecnologias de cuidado mais eficientes, eficazes e efetivas; e, principalmente, profissionais de saúde qualificados e em número suficiente, em atividades-fim (assistenciais) e atividades-meio (de apoio, administrativas, estratégicas, entre outras). Conseqüentemente, são imprescindíveis ações de planejamento compatíveis ao alcance da qualidade almejada para o provimento de cuidados pelo hospital.

A Equipe de Enfermagem é responsável por grande parte dos cuidados de manutenção e restauração da vida realizados aos pacientes em um hospital, durante as 24 horas, ininterruptamente. Entretanto, a efetividade do cuidado hospitalar, e

especificamente do cuidado de Enfermagem, só é possível mediante a prestação de um 'cuidado de qualidade' realizado por seus profissionais. Para Yamamoto (1997, p. 39), este “[...] resulta do desempenho profissional com conhecimento, capacidade, competência e habilidades em cuidar das pessoas que sofreram alterações no seu modo de vida”, e “[...] visa à recuperação e à promoção de padrões da qualidade de vida”. No entanto, este cuidado requer que os profissionais tenham condições adequadas de trabalho.

Neste sentido, o papel da enfermeira é relevante, pois é a responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem, conforme rege a Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), e esse processo gerencial por ela desenvolvido deve ser fundamentado na Filosofia do Serviço de Enfermagem do qual faz parte. Contudo, a definição dessa Filosofia, segundo Kurcgant (1991, p. 17), é incumbência da Equipe de Enfermagem, e deve ser realizada de modo participativo “[...] a partir do conhecimento da realidade vivenciada”, da reflexão sobre sua problemática e definição dos fundamentos que norteiam suas ações. Assim, os objetivos e os padrões de desempenho do Serviço de Enfermagem serão delineados com base nas crenças e valores da equipe.

Ademais, é imperioso que a Gerência do Serviço de Enfermagem conduza a prática dos profissionais de Enfermagem de modo a harmonizar e buscar congruências com os objetivos e a filosofia da Enfermagem como profissão (aspectos legais e éticos), bem como os objetivos, o modelo de administração e de assistência do hospital.

Ao ter definida a Filosofia que norteará o gerenciamento do Serviço de Enfermagem no hospital, é necessário o planejamento do processo de cuidar. Contudo, é relevante que a Gerência de Enfermagem seja estratégica, ou seja, que no seu processo gerencial considere tanto os fatores do ambiente interno do hospital, como do seu ambiente externo, que afetam suas metas, estrutura física e organizacional, tecnologia (as pessoas, os processos, os métodos), tendo em vista as contínuas mudanças ambientais e a sua influência nas condições em que se realiza o cuidado de saúde nessa instituição.

Neste contexto, ressalta-se que é imprescindível a compreensão da enfermeira acerca da visão sistêmica do hospital, a fim de que ela possa interagir com os seus níveis decisórios superiores, com vistas à participação efetiva no que diz respeito ao planejamento dos processos de cuidar em saúde e em Enfermagem, sobre todos os aspectos técnicos e de condições de trabalho necessárias.

No entendimento de Kast e Rosenzweig (1987, p. 487), o planejamento é uma das funções gerenciais que fornece aos indivíduos e às organizações os meios de que precisam para atuar em ambientes complexos e dinâmicos, nos quais ocorrem transformações constantes. Logo, infere-se que o planejamento é fator *sine qua non* para que a qualidade do cuidado almejada pela organização seja obtida. O planejamento engloba a tomada de decisão antecipada sobre o quê pretende-se realizar, para quê (finalidade, filosofia), como (que profissionais, que tecnologias) e quando. Portanto, permite que sejam projetados resultados deste processo de cuidar e, em consequência disso, impede que a improvisação inadequada faça parte do trabalho da Enfermagem.

Além do planejamento, a enfermeira dispõe de outros “instrumentos técnicos próprios da gerência”, entre eles, “[...] o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho” (FELLI; PEDUZZI, 2005, p. 7). Todos eles a capacitam para gerenciar o processo de cuidar, e essa atuação, pautada nas normas da instituição, na legislação profissional e nos preceitos éticos, visa prover as condições necessárias de modo que as necessidades de cuidado dos pacientes sejam atendidas com a qualidade esperada.

O exercício da função gerencial centrado no cuidado ao paciente, norteados pela compreensão e pelo conhecimento das suas características, assim como de suas necessidades específicas, permite orientar as ações da enfermeira na implementação de um método para organizar e sistematizar a assistência de Enfermagem (CASTILHO; GAIDZINSKI, 1991, p. 208).

Todavia, para que o processo de cuidar da Enfermagem venha ao encontro das necessidades de saúde do paciente, além da organização do ambiente e da sistematização das ações do cuidado realizado pela equipe, é imprescindível que o

quadro de pessoal dessa área seja condizente à realidade das unidades de internação, tanto do ponto de vista da qualidade como da quantidade. Neste contexto, ressalta-se a importância da aplicação de métodos de dimensionamento de pessoal adequados às especificidades das unidades hospitalares, que possibilitem a previsão do número e a qualificação profissional requeridos para o processo de cuidar de pacientes.

### **1.1 Delimitação do problema**

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) é um hospital público, e o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Paraná. É campo para o ensino em diversos setores dessa universidade, principalmente do Setor de Ciências da Saúde, além de servir de campo para outros cursos de instituições de ensino médio e superior.

Esse hospital tem se submetido à avaliação contínua pela Comissão de Acreditação Hospitalar. A avaliação favorável do hospital nesse processo é condição *sine qua non* para que ele permaneça credenciado como hospital universitário de referência no SUS. Entre outros itens, esse processo de acreditação avalia se há enfermeiras, técnicos e auxiliares de Enfermagem em quantidades compatíveis com as necessidades nos diversos serviços hospitalares.

Por meio da observação empírica, enfermeiras do HC/UFPR têm constatado que a sua clientela tem apresentado, progressivamente, características de maior gravidade de seu estado clínico, e requer cuidados de Enfermagem de frequência e complexidade crescentes. Estas características foram relatadas e evidenciadas nos estudos de Wolff *et al.* (2007).

Em 2004 e 2005 foram realizados os primeiros estudos no HC/UFPR para dimensionar o pessoal de Enfermagem conforme recomendações da Resolução COFEN 293/2004. Entre outras recomendações, esta resolução preconiza a utilização de um sistema de classificação de pacientes para determinar o seu grau de dependência em relação à Equipe de Enfermagem.

Destacam-se os estudos de Wolff, Mazur, Wiezbic, Bello e Quadros (2007), Wolff, Montenegro e Mazur (2005) e Wolff, Venturi e Souza (2007) que realizaram

dimensionamento de pessoal de Enfermagem em um Centro de Terapia Semi-intensiva, em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral, e uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal mediante a aplicação do *Nursing Activities Score*<sup>1</sup>. Em 2006, Walter realizou o dimensionamento de pessoal para o Setor de Observação do Pronto Atendimento, e Ferreira (2007) para a clínica de cirurgia geral do mesmo hospital, utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (2000). Santos (2007) realizou o dimensionamento de pessoal de Enfermagem a partir das necessidades de cuidados de pacientes em uma unidade de infectologia mediante o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (2000) em um hospital de ensino, referência em trauma da cidade de Curitiba. Contudo, as demais unidades de clínica médica e cirúrgica do HC/UFPR ainda necessitam que sejam realizados estudos semelhantes, para a previsão adequada de profissionais para o processo de cuidar, levando-se em conta as características e o grau de dependência de sua clientela.

Os Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) têm sido utilizados para classificar os pacientes de acordo com a sua dependência de cuidados de Enfermagem, a fim de definir a carga de trabalho para dimensionar o pessoal dessa área em unidades de internação, clínicas ou cirúrgicas. Ademais, os SCPs permitem a previsão de recursos materiais demandados para o cuidado aos pacientes. Contudo, acredita-se que, para adequar o dimensionamento de pessoal a cada realidade, faz-se necessário que sejam levados em conta nesse processo outros fatores relativos ao **ambiente interno do hospital** (tais como: estrutura organizacional, modelo de gestão, processo de trabalho, Filosofia de trabalho), e do seu **ambiente operacional** (tais como: compromissos do hospital como integrante do SUS, como hospital de ensino, natureza, características da população atendida - demografia, morbidade e mortalidade).

## 1.2 Justificativa

O dimensionamento de pessoal subsidia o planejamento com vistas a prover profissionais de Enfermagem adequados em número e qualificação para a prestação de cuidado, de acordo com a qualidade almejada pela instituição. A relevância do tema evidencia-se também em vários outros aspectos. As instituições precisam

---

<sup>1</sup> Sistema que estima a complexidade dos pacientes como subsídio para o cálculo da carga de trabalho de Enfermagem (Queijo, 2002).

adequar seus custos com pessoal aos recursos financeiros limitados. Concomitantemente, devem melhorar continuamente o serviço prestado e, ainda, implementar processos de trabalho, baseados em dados fidedignos que reflitam a realidade do cotidiano institucional e, acima de tudo, atendam às necessidades da clientela interna e externa (profissionais de saúde e pacientes, respectivamente).

Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP), como o de Fugulin (2002) e o de Perroca (1996; 2000), têm sido utilizados em estudos sobre o dimensionamento de pessoal de Enfermagem em hospitais. Esta pesquisa difere dos estudos anteriores, por analisar e discutir, concomitantemente à aplicação de um SCP, outros fatores dos ambientes operacional e interno do hospital em estudo, intervenientes no processo de cuidar de Enfermagem da unidade.

Portanto, esta pesquisa é inovadora no país e no HC/UFPR, pois até o presente momento não foi relatado um estudo que viabilizasse tal análise.

Assim, realizou-se um estudo de caso que partiu da descrição do ambiente organizacional do hospital, da organização do Serviço de Enfermagem e do processo de cuidar em uma clínica cirúrgica. A seguir, foi levantado o perfil dos pacientes, ou seja, suas características demográficas, clínicas e de internação (tempo de permanência e motivo de sua saída da unidade cirúrgica) entre outras.

O Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) foi utilizado para avaliar as necessidades de cuidado de Enfermagem dos pacientes, e assim calcular o número e a qualificação (proporção das categorias profissionais dessa área), necessários ao processo de cuidar da unidade cirúrgica.

A análise conjunta dos dados da pesquisa possibilita explicar as especificidades do dimensionamento de pessoal para as reais necessidades da unidade cirúrgica em estudo.

Tendo em vista as considerações acima, a questão norteadora da pesquisa foi: Como os fatores do ambiente operacional e interno interferem no dimensionamento de pessoal de Enfermagem para o processo de cuidar em uma unidade cirúrgica de internação? Para respondê-la foram delimitados os seguintes objetivos

Este documento está estruturado em sete capítulos. O primeiro é a Introdução ora apresentada. O segundo trata do Referencial Teórico. O terceiro trata da Metodologia, e no quarto e quinto capítulos são apresentadas, respectivamente, a Análise e Discussão dos Resultados e as Considerações Finais. A seguir, apresentam-se as Referências, Apêndices e Anexos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar os aspectos quali-quantitativos do dimensionamento de profissionais de Enfermagem requeridos em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino, associando-o à análise de fatores dos ambientes operacional e interno que influenciam o processo de cuidar da unidade.

### **2.2 Objetivos específicos**

- i) Descrever características do ambiente organizacional e como influenciam o processo de cuidar.
- ii) Descrever o processo de cuidar da Equipe de Enfermagem da unidade cirúrgica.
- iii) Identificar as atividades de cuidado indireto ao paciente e de cuidado pessoal dos profissionais da Equipe de Enfermagem da unidade cirúrgica.
- iv) Comparar os Sistemas de Classificação de Pacientes de Fugulin e Perroca tendo em vista à seleção do SCP a ser utilizado.
- v) Caracterizar o perfil dos pacientes internados na unidade cirúrgica (aspectos demográficos, clínicos e de internação).
- vi) Classificar os pacientes da unidade cirúrgica, de acordo com a complexidade dos cuidados requeridos da Enfermagem.
- vii) Identificar o quantitativo de ausências previstas e não previstas da equipe de Enfermagem da unidade cirúrgica.



- viii) Identificar os motivos do absenteísmo dos profissionais de Enfermagem da unidade cirúrgica.
- ix) Levantar dados sobre a produtividade de profissionais de Enfermagem na unidade cirúrgica.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Nesta seção, são discutidos os aspectos éticos, teóricos, legais e técnicos do dimensionamento para a qualidade do processo de cuidar em Enfermagem.

#### **3.1 Dimensões ético-políticas e legais do dimensionamento**

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem é caracterizado como um instrumento gerencial a ser utilizado pela enfermeira a fim de determinar o número e a qualificação de profissionais necessários ao cuidado de indivíduos. No entanto, não se resume apenas ao levantamento de variáveis e na realização de cálculos, pois sofre a influência de determinantes do mundo do trabalho, tais como: fatores sociais, políticos, legais e éticos.

O principal elemento do processo de cuidar em Enfermagem é o profissional que presta cuidados aos pacientes, que visam à manutenção e restauração da vida. Em hospitais este processo caracteriza-se por uma produção de cuidados individualizados a diversos pacientes internados em uma mesma unidade e os profissionais de Enfermagem são distribuídos em turnos de trabalho, de modo a garantir o provimento de cuidados nas 24 horas do dia. Assim, o dimensionamento de pessoal de Enfermagem é a:

[...] etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de Enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela (KURCGANT *et al.* citadas por GAIDZINSKI, 2005, p. 126).

Entretanto, o processo de dimensionamento é complexo devido à variedade de fatores associados ao processo de cuidar em Enfermagem, do ambiente operacional e interno da organização de saúde, destacando-se os recursos físicos (instalações), materiais, tecnológicos, e profissionais qualificados tecnicamente e em número adequado, necessários para o cuidado de qualidade. Ademais, o processo de cuidar exige de seus profissionais o cumprimento da Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) e dos preceitos éticos da profissão consubstanciados no Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2000).

Há que se considerar no dimensionamento a postura ética requerida da enfermeira que ocupa posição de gerente do processo de cuidar, frente às questões cotidianas que implicam o atendimento das necessidades dos pacientes, e também de sua equipe, no que se refere às condições de trabalho.

Ademais, esta postura deve refletir-se também na relação com a equipe sob sua responsabilidade. Para Lunardi *et al.* (2004), a ética na relação com a equipe refere-se à postura da enfermeira com relação ao provimento adequado de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de cuidado.

Deste modo, é necessário que se respeite também a condição humana dos trabalhadores em saúde, e é pertinente ainda ressaltar que condições inapropriadas de trabalho favorecem o desgaste profissional, gerando desmotivação, menor comprometimento no trabalho, além de gerar absenteísmo devido ao afastamento por doenças.

Desta forma, deve-se ressaltar que um bom desempenho do trabalhador que possui adequadas condições laborais torna o cuidado qualificado, minimiza as percepções desagradáveis do paciente em relação ao serviço prestado e ao seu tratamento. Torna-se imprescindível que o profissional de Enfermagem tenha condições adequadas para a sua produtividade, que lhe possibilitem realizar o cuidado de qualidade, evitando o re-trabalho, tempo e esforços excessivos no desempenho de suas atividades.

Assim, para o gerenciamento adequado dos recursos, tanto físicos como humanos, a enfermeira deve envidar esforços no sentido de tornar o processo de trabalho mais apropriado, propiciando um ambiente agradável e que favoreça o aperfeiçoamento contínuo do cuidado de Enfermagem.

Respalhada pela Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986) e pelo Código de Ética de Enfermagem (COFEN, 2000), a enfermeira deve explicitar quais são as reais condições de trabalho e quais as condições indispensáveis à realização do cuidado de qualidade aos pacientes. Diante de condições adversas de trabalho os profissionais não têm condições favoráveis para atuar de acordo com os princípios

éticos universais, pois podem negligenciar, mesmo que involuntariamente, o respeito pela dignidade humana, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Frente a esse cenário, a gerência estratégica e prospectiva deve ser adotada pela enfermeira, a fim de que possa antecipar-se na solução de problemas; responder às necessidades que cotidianamente ocorrem em seu local de trabalho; tomar decisões proativas e inovadoras, e que considerem tanto fatores internos como externos ao Serviço de Enfermagem, mas que afetam o seu trabalho. Além disso, a enfermeira necessita ser agente de mudanças que possam viabilizar o aperfeiçoamento de processos e das condições de trabalho necessárias; orientar e supervisionar continuamente sua equipe a fim de qualificá-la para o cuidado, e utilizar, como instrumento de planejamento, métodos de dimensionamento adequados, a fim de assegurar que o paciente seja atendido por profissionais capazes de prestar-lhes um cuidado de qualidade.

### **3.2 Dimensão técnica do dimensionamento de pessoal de Enfermagem**

Desde o início do século passado os profissionais de saúde buscam definir o que é qualidade médico-assistencial. Em 1912, o conceito de *quality of care* foi proposto pela primeira vez por um cirurgião de Boston denominado Codman. Nos anos 80, o setor saúde passou a priorizar questões relacionadas à qualidade dos serviços, tendo como impulsionadores para essa priorização os custos elevados da assistência; a necessidade de reduzir os gastos; o aumento do número de processos por erros médicos; a reivindicação de usuários por serviços de qualidade e a necessidade de organizá-los melhor, a fim de otimizar a relação custo/benefício ligada à assistência (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Com relação à assistência médico-hospitalar, em 1988, a *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) definiu qualidade como “[...] o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do cliente aumentam a probabilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejáveis, dado o atual estado de conhecimento” (JCAHO citada por ZANON, 2001, p. 85).

No entanto, até a década de 90 a preocupação formal com a qualidade não era consistente. Nos serviços médico-hospitalares não havia preocupação com o grau de satisfação aos seus clientes. No contexto brasileiro, a partir do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) inicia-se um novo momento no relacionamento entre o hospital e o cliente, dando a este poderes para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia do serviço de saúde.

Para prestar serviços que satisfaçam sua clientela, as instituições, por meio de seus gerentes, devem incentivar as funções de “[...] planejamento, controle e coordenação dos serviços, a alocação dos recursos, avaliação de *performance*”, além de “[...] contar com o apoio de toda equipe, incluindo aqui, o gerenciamento da qualidade do cuidado e a eficiência deste para o cliente” (DIAMANTE, 2003, p.24).

Especificamente, na fase de planejamento, é necessário que sejam identificados quem são os clientes (pacientes), quais são suas exigências e necessidades, a fim de que seja possível oferecer-lhes serviços que os satisfaçam. Assim, qualidade pode ser vista na perspectiva da “[...] adequação dos serviços à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes” (MEZZOMO, 2001, p.111).

Assim, para que o cuidado de qualidade seja efetivamente prestado, Yamamoto (1997, p. 39) recomenda que se considere que este “[...] resulta do desempenho profissional com conhecimento, capacidade, competência e habilidades em cuidar das pessoas que sofreram alterações no seu modo de vida, e visa à recuperação e à promoção de padrões de qualidade de vida”. Nessa perspectiva, a qualidade do elemento humano que presta a assistência, seus valores morais, sua formação profissional, seu estado de atualização técnico-científica e, principalmente, o seu comprometimento determinarão se a assistência será de qualidade e produtiva (PEREIRA citado por ZANON, 2001).

Além dos aspectos relativos à formação dos profissionais, é evidente que as condições organizacionais para o trabalho são indispensáveis e determinantes da qualidade. Na concepção de Donabedian, deve-se envidar esforços a fim de se obter “[...] maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do

alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes” (DONABEDIAN citado por TRONCHIN, MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005, p.80).

A avaliação da qualidade da assistência em saúde, de acordo com Donabedian, pode focalizar três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve as condições estruturais necessárias para que uma instituição de saúde possa prestar seus serviços, e que são relativamente estáveis, como: modelo organizacional, recursos financeiros, físicos e materiais necessários ao processo de trabalho. Inclui também o financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.

A estrutura, no entendimento de Malik e Schiesari (1998), corresponde às características com maior estabilidade no serviço de assistência à saúde, envolvendo desde os recursos físicos e disponibilidade de equipamentos, até o processo de capacitação dos profissionais que prestam os cuidados. Essas autoras afirmam que é difícil quantificar a influência ou contribuição exata da composição da estrutura na qualidade final da assistência, mas é possível inferir que uma estrutura adequada aumenta a chance dessa assistência ter qualidade.

A avaliação do processo refere-se a atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com base em padrões aceitos. O ponto de vista técnico ou administrativo pode ser o foco da avaliação. A avaliação do processo permite conhecer como ocorrem as atividades, quais são os seus determinantes e possibilita que sejam redesenhados os procedimentos e rotinas, visando à garantia da qualidade dos resultados. Logo, essa avaliação permite que sejam traçados objetivos para a melhoria dos processos (DONABEDIAN citado por MEZZOMO, 2001).

Com relação à avaliação do resultado, esta deve apontar se as necessidades dos pacientes estão sendo atendidas dentro do padrão de cuidado pretendido, ou seja, se os objetivos estão sendo alcançados pelo e para o paciente. A avaliação do resultado, no entanto, não deve se restringir ao ponto de vista apenas de quem recebeu o cuidado. É necessário que os clientes internos (profissionais) também se sintam satisfeitos com a produção de seu trabalho.

Outro aspecto considerado na avaliação da qualidade refere-se aos padrões de assistência de Enfermagem. Significa que deve ser garantido o provimento de cuidados com qualidade de acordo com a Filosofia de Enfermagem adotada, padrões estabelecidos, além de recursos materiais disponíveis, objetivando a total satisfação do cliente (interno e externo). É importante salientar que a qualidade da assistência de Enfermagem prestada depende da liderança e coordenação da enfermeira. Os modelos de assistência instrumentalizam o planejamento científico e sistematizado das ações da Equipe de Enfermagem, oferecendo suporte, além de direcionar o desempenho das atividades, contribuindo assim para a credibilidade e visibilidade da Enfermagem (WESTPHALEN; CARRARO, 2001).

No entanto, a avaliação da qualidade médico-assistencial raramente poderá ser realizada pelo paciente segundo Nogueira citado por Zanon (2001). O autor considera, todavia, que este poderá avaliar muito bem e sempre a qualidade administrativa ou a qualidade do atendimento por ele recebido.

Assim, nesse processo de garantia da melhoria contínua da qualidade, é preciso que sejam ouvidos os atores inseridos nesse cenário, ou seja, todas as pessoas envolvidas, a fim de que o serviço possa ser ofertado e recebido da melhor forma possível. Portanto, deve existir uma constante preocupação com a qualidade do cuidado aos clientes e um permanente esforço para o seu aperfeiçoamento, a fim de que possa ser atingida a finalidade do processo de cuidar que é a satisfação das necessidades de saúde dos pacientes.

### **3.3 Aspectos técnicos do dimensionamento de pessoal em Enfermagem**

Com a necessidade de compreender com mais clareza os fatores intervenientes na determinação do quadro de pessoal em sistemas de cuidado à saúde, estudos na linha de pesquisa denominada dimensionamento de recursos humanos de Enfermagem têm sido realizados em vários contextos, e evoluído continuamente nas últimas décadas<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Entre eles destacam-se os de Gaidzinski (1994; 1998; 2006), Fugulin (1997; 2002), Perroca (1996; 2000), Yamamoto (1997), De Mattia (1998), Torres (2001), Dal Ben (2000), Laus (2003), Nicola (2004), Campos (2004).

Em primeira instância, ao se pensar em dimensionamento é necessário compreender que é preciso utilizar um método para tal, e de acordo com Gaidzinski (2006, s.p) “[...] consiste na aplicação de um processo sistemático para determinar o número e a categoria profissional requerida para prover os cuidados de Enfermagem que garantam a qualidade previamente estabelecida, a um grupo de pacientes”.

A existência de métodos para o dimensionamento de pessoal não é recente, no entanto, na prática da Enfermagem estes parecem ser pouco conhecidos pelas enfermeiras. Uma retrospectiva desses métodos foi realizada por Gaidzinski (1998), e segundo essa autora, eles têm evoluído como consequência da evolução dos conhecimentos gerados por meio de pesquisas, assim como das conquistas na área trabalhista, como a regulamentação das horas diárias de trabalho, o direito à folga semanal remunerada e a férias, dentre outros benefícios.

A autora comenta que em 1856 o cálculo de pessoal era baseado nas relações de proporção, tendo como variáveis o número diário de enfermeiras, o número de leitos disponíveis e a proporção diária de enfermeiras por leito. Já nas décadas entre 60 e 80 houve a recomendação da Comissão de Peritos do Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para que fosse utilizada a relação de número de pessoal de Enfermagem por leito hospitalar no cálculo de profissionais de Enfermagem (GAIDZINSKI, 1998).

Essa comissão elaborou determinados índices de proporção de profissional por leito. No entanto, deixou claro que esses índices não deveriam servir como padrão para todos os hospitais brasileiros, pois estudos deveriam ser realizados considerando o tipo de atendimento prestado, a média de ocupação de leitos, as patologias mais frequentes, o espaço físico, dentre outras características da instituição. Foi indicado ainda pela comissão que, ao serem feitas as estimativas de pessoal, deveria ser incluída a observação contínua ou intermitente das atividades



realizadas pela Equipe de Enfermagem, ou seja, o processo de trabalho deveria ser conhecido a fim de explicitar a dinâmica de cada local e suas peculiaridades.

Na década de 40, a autora complementa que o tempo de cuidado necessário à assistência foi considerado um critério a fim de justificar a necessidade de profissionais para a realização das atividades de Enfermagem. No entanto, o Índice de Segurança Técnica (IST), que é o índice utilizado para suprir os profissionais de Enfermagem necessários, considerando as ausências previstas e não-previstas, foi proposto somente em 1956.

Por sua vez, Gaidzinski (2006) afirma que o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) foi proposto pela primeira vez por Connor *et al.*, em 1960. Esse sistema baseava-se no grau de dependência do paciente em relação aos cuidados de Enfermagem, e classificava os pacientes em três grupos: de autocuidado; de cuidado parcial ou intermediário, e de cuidado intensivo ou total. Esses autores concluíram em seus estudos que técnicas para classificação dos pacientes, de acordo com suas necessidades de cuidado, proporcionam um mecanismo administrativo para conhecer as reais demandas apresentadas por eles, assim como permitem prever e suprir o material necessário ao seu cuidado.

No Brasil, a proposta para adotar um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) como critério para o dimensionamento ocorreu em 1972, por Ribeiro (citado por GAIDZINSKI, 1998). Em sua tese de doutorado, Ribeiro defendeu que o SCP permite o planejamento do cuidado por meio da avaliação das necessidades dos pacientes, proporciona satisfação da clientela, menor tempo de sua permanência no hospital, satisfação da equipe de saúde, além de proporcionar maior rendimento e eficiência no trabalho. Contudo, sistemas de classificação de pacientes foram criados no Brasil, e entre esses destacamos os sistemas desenvolvidos por Perroca (1996 e 2000) e Fugulin (2002).

Diversas pesquisas sobre dimensionamento de pessoal de Enfermagem têm sido realizadas em diferentes contextos. Em 1996, Perroca construiu e validou um instrumento para classificação de pacientes baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de Enfermagem, denominado Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Perroca. Para a autora, o SCP é um instrumento por meio do

qual se procura categorizar clientes conforme a quantidade de cuidado de Enfermagem requerida, ou seja, baseado no grau de complexidade da assistência de Enfermagem (PERROCA, 2000).

O instrumento elaborado por Perroca em 1996, e validado clinicamente quatro anos depois (Perroca, 2000), é baseado nas necessidades humanas básicas de Horta (1979), e composto por treze indicadores críticos de cuidados, que apontam a intensidade crescente da complexidade do cuidado de Enfermagem que o paciente requer (PERROCA; GAIDZINSKI, 2004).

A terminologia indicadores críticos foi adotada por Perroca para designar as necessidades de cuidado que o paciente apresenta e quando associadas entre si, fossem capazes de identificar a categoria de cuidados a que esse paciente pertence (PERROCA, 2000). O valor obtido em cada indicador é somado, e o valor total obtido é comparado com os intervalos de pontuações propostos pela autora, indicando uma classe ou categoria de cuidado a que esse paciente pertence: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.

Os indicadores que constam no instrumento proposto por Perroca são: i) estado mental e nível de consciência; ii) oxigenação; iii) sinais vitais; iv) nutrição e hidratação; v) motilidade; vi) locomoção; vii) cuidado corporal; viii) eliminações; ix) terapêutica; x) educação à saúde; xi) comportamento; xii) comunicação; e, xiii) integridade cutâneo-mucosa. Cada um deles possui graduação de um a cinco, indicando a intensidade crescente da complexidade do cuidado, de forma que: o valor um corresponde ao menor nível de complexidade assistencial e o valor cinco, ao nível máximo de complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores, em um dos cinco níveis, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de Enfermagem (PERROCA; GAIDZINSKI, 2004).

Em seu estudo, Perroca obteve um percentual de acerto de 99,8% ao categorizar os pacientes em graus de complexidade de cuidado. O tempo para a aplicação do instrumento a cada paciente variou de 1 a 15 minutos. Essa autora concluiu que o instrumento de classificação proposto pode facilitar o planejamento do cuidado de Enfermagem (PERROCA, 2000).

Em 1994, Fugulin *et al.* desenvolveram um instrumento do tipo protótipo, descrevendo o perfil assistencial da clientela internada na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo HU-USP e definiram cinco categorias de cuidado, de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes.

Os valores obtidos nessa classificação são somados, obtendo-se uma pontuação que indicará a classe ou categoria de cuidado à qual o paciente pertence, a saber:

- ♣ Cuidados Intensivos: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de Enfermagem e médica permanentes e especializadas;
- ♣ Cuidados Semi-Intensivos: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de Enfermagem e médica permanentes e especializadas;
- ♣ Cuidados de Alta Dependência: pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de Enfermagem, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de Enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
- ♣ Cuidados Intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de Enfermagem, com parcial dependência de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;
- ♣ Cuidados Mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, que requeiram avaliações médicas e de Enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

O SCP de Fugulin *et al.* (1994) tem sido amplamente utilizado tendo em vista que foi referendado pela Resolução COFEN 293/04 como um instrumento a ser utilizado para conhecer o perfil da clientela assistida nas unidades de internação.

Entretanto, a relação entre o dimensionamento de pessoal e a qualidade da assistência de Enfermagem foi objeto do estudo de Yamamoto (1997), no qual foram apresentados os aspectos que devem ser considerados para o dimensionamento. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa com 14 profissionais de Enfermagem (auxiliares e técnicos) de um hospital de grande porte de Curitiba-Pr, que buscou descrever os critérios que os sujeitos apresentaram como relevantes ao cálculo de pessoal para que pudessem empreender um processo participativo no planejamento do cuidado.

Em 1998, Gaidzinski analisou em sua tese de livre-docência os dados apresentados na literatura sobre a temática de dimensionamento de pessoal de Enfermagem e contribuiu com novos modelos de dimensionamento, além de avaliar os valores de algumas variáveis intervenientes nesse processo. Atualmente é a pesquisadora de maior representatividade nessa linha de pesquisa no Brasil.

Em 2003, Laus realizou em sua tese de doutorado o dimensionamento de pessoal para as unidades de internação médicas e cirúrgicas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sendo utilizado o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca. A autora avaliou o dimensionamento como uma questão crucial para a gerência nos hospitais.

Um estudo realizado por Fakihi, Carmagnani e Cunha (2006) em um hospital de ensino de São Paulo descreveu a adequação do dimensionamento de seu pessoal de Enfermagem à Resolução COFEN 293/04. Os resultados apontaram que dos 467 pacientes avaliados, 42% necessitavam de cuidados intermediários, 20% de cuidados semi-intensivos, 20% de cuidados intensivos e 18% necessitavam de cuidados mínimos. Esses dados foram correlacionados ao nível de atendimento do hospital (terciário e quaternário), refletindo a tendência de haver o aumento de pacientes de alta complexidade. O quadro dimensionado tendo por base a referida resolução permitiu concluir que há déficit de enfermeiras (205) e excesso de profissionais de nível médio (284), e que as folgas são as ausências que mais causam impacto na elevação do Índice de Segurança Técnica.

A investigação para analisar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem de cinco hospitais de Ribeirão Preto-SP foi objeto de estudo de Campos (2004), no

qual as coordenadoras de Enfermagem dessas instituições foram os sujeitos da pesquisa. O objetivo da pesquisadora foi analisar o modo como ocorria o dimensionamento de pessoal nesses hospitais.

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem em um hospital universitário do oeste do Paraná foi realizado por Nicola (2004) em sua tese de doutorado. Foram consideradas no estudo as especialidades de clínica médica e cirúrgica, totalizando 62 leitos, e para a determinação das necessidades de cuidado dos pacientes nesse contexto foi utilizado o Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca.

O uso de um sistema de classificação de pacientes é imprescindível no processo de dimensionamento, pois para que sejam realizados os cálculos, é necessário que a carga de trabalho decorrente dos cuidados prestados na unidade seja conhecida. Esta carga pode ser estimada mediante a identificação das necessidades de cuidado apresentadas pelos pacientes.

Assim, para que a enfermeira possa realizar esse cálculo adequadamente, o embasamento técnico-científico, a legislação e normatização pertinentes, no caso a Lei 7498 do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN-240/2000) e a Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), são os fundamentos para a condução nesse processo.

A legislação que rege o exercício da Enfermagem expõe que compete à enfermeira, privativamente (COFEN, 1986):

- [...] direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- consulta de Enfermagem;
- prescrição da assistência de Enfermagem;
- cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; e,

- cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 1986).

Logo, como um imperativo moral à gerência do processo de cuidar pela enfermeira, o seu planejamento, a organização do ambiente, a coordenação e a avaliação da equipe devem ser realizados visando à qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Esse cuidado deve estar pautado nos preceitos éticos da profissão, e segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2000).

No que se refere às responsabilidades do profissional de Enfermagem, o artigo 16 do referido código reza que os profissionais devem “[...] assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. Para o cumprimento do que reza este artigo, é necessário que os profissionais estejam exercendo atividades conforme as competências que lhes são inerentes, e respaldados legalmente. O quadro de pessoal deve ser projetado com alocação de profissionais qualificados para o atendimento às necessidades dos pacientes, de acordo com sua formação profissional.

Para orientar o processo de estimativa dos profissionais de Enfermagem foi elaborada a Resolução 293/2004, que fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços de saúde e assemelhados (COFEN, 2004). Segundo essa resolução, os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores e gerentes das instituições de saúde no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas. Essa resolução também reza que compete à enfermeira estabelecer o quadro quantitativo e qualitativo de profissionais necessário para a prestação dos cuidados de Enfermagem.

Diversos fatores intervenientes no processo de dimensionamento de pessoal são postos pela referida resolução, de modo a direcionar esse processo. Destacam-se as características relativas à instituição, como: i) missão; ii) porte; iii) estrutura organizacional e física; iv) tipos de serviços e /ou programas; v) tecnologia existente e complexidade dos serviços oferecidos; vi) política de pessoal, de recursos

materiais e financeiros; vii) atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços; e viii) indicadores hospitalares do Ministério da Saúde. Estas características devem ser ressaltadas no processo de dimensionamento, a fim de que seja explicitada a dinâmica institucional e suas influências no processo de provimento de pessoal.

Ademais, a resolução acrescenta características relativas ao Serviço de Enfermagem que devem ser consideradas no dimensionamento. Referem-se à fundamentação legal do exercício da Enfermagem, ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e às Resoluções do COFEN. Recomenda ainda que devem ser apreciados aspectos administrativos, como: i) a dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; ii) os modelos assistencial e gerencial; iii) os métodos de trabalho; iv) a carga horária semanal; v) os padrões de desempenho dos profissionais; vi) o índice de segurança técnica (IST); vii) a taxa de absenteísmo; viii) a proporção de profissionais de Enfermagem de nível superior e de nível médio; assim como, ix) indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

As realidades sócio-cultural e econômica dos pacientes também são referidas na resolução, assim como a utilização de um sistema de classificação de pacientes, como relevantes para o dimensionamento. Deste modo, é imperativo caracterizar os pacientes e seu perfil, a fim de identificar a categoria de cuidados de Enfermagem à qual cada um deles se enquadra, tendo em vista que apresentam características peculiares e que devem ser analisadas.

Conseqüentemente, a Resolução 293/2004 preconiza a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que determinará o grau de dependência que o paciente tem em relação à Equipe de Enfermagem, e fornecerá as horas de Enfermagem requeridas por ele, classificando-o em categorias de cuidado, que contemplam as horas de Enfermagem dispensadas ao paciente, por leito, nas 24 horas. Essas categorias são: pacientes de assistência mínima ou autocuidado; de assistência intermediária, de assistência semi-intensiva e de assistência intensiva. Assim, o SCP fornece dados sobre carga de trabalho de Enfermagem, nas 24 horas, de acordo com o tipo de cuidado requerido pelos pacientes da unidade.

As diferentes necessidades apresentadas pelos pacientes determinam o grau de sua dependência frente aos cuidados. Nessa perspectiva, segundo Horta,

[...] o grau de dependência pode variar entre parcial ou total. Na dependência total está implícita a extensão, compreendendo tudo aquilo que a Enfermagem faz pelo ser humano, quando este não tem condições de fazer, seja qual for a causa. Em havendo dependência parcial, a assistência de Enfermagem pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, havendo uma ordenação seqüencial e inter-relacionada dessa assistência, isto é, quando a dependência é de ajuda, esta implica, necessariamente, orientação, supervisão e o encaminhamento quando couber (HORTA, 1979, p.58).

Uma vez determinado o grau de dependência de cuidado de Enfermagem, a resolução recomenda basear-se em horas de assistência de Enfermagem, a fim de se proceder ao cálculo de pessoal, visando suprir a demanda de horas de cuidado que os pacientes requerem, por leito, nas 24 horas. As horas de Enfermagem requeridas por paciente, nas 24 horas, preconizadas pela Resolução nº 293/04 estão ilustradas no Quadro 1.

**Quadro 1 – Horas de Enfermagem por paciente nas 24 horas, de acordo com o tipo de assistência de Enfermagem**

<b>Tipo de Assistência</b>	<b>Horas-enf / Pacientes/dia</b>
Mínima ou Autocuidado	3,8
Intermediária	5,6
Semi-intensiva	9,4
Intensiva	17,9

Fonte: Resolução 293/2004 (COFEN, 2004).

### **3.4 Principais fatores políticos, sociais e econômicos que influenciam o dimensionamento de pessoal em Enfermagem**

A formação de qualquer sociedade requer que ocorram agrupamentos, pois o ser humano tem naturalmente necessidade gregária. Do mesmo modo, para que a sociedade possa manter-se, organiza-se em grupos com determinados objetivos e finalidades semelhantes, formando organizações que permitem satisfazer as diferentes necessidades das pessoas. A satisfação dessas necessidades é provida, em grande parte, por meio da prestação serviços e produtos.

Contudo, a formação dessas organizações é heterogênea e extremamente complexa por sofrer influências sociais, políticas, culturais e econômicas no contexto



onde ocorre. De acordo com Chiavenato (2006, p.32) as organizações são “[...] unidades sociais intencionalmente construídas e reconstruídas, a fim de atingir objetivos específicos”. A construção das organizações implica planejamento com o intuito de atingir os objetivos previamente traçados, e sua reconstrução ocorre pela avaliação e melhorias nos meios para que os objetivos sejam atingidos (CHIAVENATO, 2006).

Para que seja legitimada, a organização necessita ter uma missão definida, que determinará seu propósito e função social. No entanto, essa missão deve ser associada com a necessidade requerida pelo ambiente externo, e não apenas o fornecimento puro e simples de produtos e serviços. Para tanto, é necessário considerar o ambiente em que essa organização está inserido, as necessidades apresentadas por ele, e as influências que possam incidir sobre a organização.

Devido a essa complexidade, as organizações constituem sistemas abertos, considerando que, sistema é, “[...] um conjunto de elementos dinamicamente relacionados que desenvolvem uma atividade para atingir determinado objetivo ou propósito” (CHIAVENATO, 2006, p.35).

Os sistemas abertos são também denominados orgânicos pela interatividade que mantêm com o meio, sofrendo e exercendo influências deste. O hospital, como organização socialmente legitimada, é considerado um sistema aberto justamente por ser complexo e passível de ser influenciado e influenciar o meio em que está inserido. De acordo com Wolff (2005, p.11) o hospital:

[...] pode ser visto como um sistema organizacional aberto que interage com o ambiente externo - caracterizado por fatores demográficos, geográficos, políticos, legais, econômicos, sociais, tecnológicos, sanitários e epidemiológicos, e que é integrado por atores do sistema de assistência à saúde ao qual o hospital pertence, a exemplo das agências governamentais reguladoras e controladoras do setor saúde, das organizações fornecedoras de recursos materiais, humanos e financeiros externos, dos grupos de interesse nas atividades de hospitais e, em especial da clientela (WOLFF, 2005, p. 11).

Conclui-se esse capítulo afirmando-se os seguintes pressupostos:

- i) o dimensionamento sofre influências de fatores do ambiente operacional e interno intervenientes no processo de cuidar,
- ii) a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) condizente com as características e peculiaridades de cada unidade de internação possibilita o dimensionamento de pessoal mais próximo a essa realidade. Neste sentido, os dados fornecidos por um SCP permitem que seja projetado um número de profissionais adequado ao atendimento das reais necessidades apresentadas pelos pacientes.

Esses pressupostos fundamentam o objetivo da pesquisa de realizar o dimensionamento de profissionais de Enfermagem requeridos em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino, associando-o à análise conjunta de fatores do ambiente interno e operacional identificados como intervenientes no processo de cuidar da unidade. No próximo capítulo é apresentada a Metodologia estruturada para o alcance deste objetivo.

## **4 METODOLOGIA**

Neste capítulo é apresentada a trajetória metodológica desenvolvida para o alcance do objetivo geral de realizar o dimensionamento de profissionais de Enfermagem requeridos em uma unidade cirúrgica de um hospital de ensino, associando-o à análise conjunta de fatores do ambiente interno e operacional, identificados como intervenientes no processo de cuidar da unidade.

### **4.1 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada na unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Essa unidade constitui-se de 22 leitos, porém somente 16 desses permanecem ativos até presente devido à diminuição do quadro de recursos humanos em Enfermagem para atender os pacientes internados, decorrente de restrições organizacionais.

#### **4.1.2 Tipo de pesquisa**

A pesquisa caracteriza-se como descritivo-exploratória, transversal, de abordagem quantitativa. O método de procedimento utilizado foi o estudo de caso, e a análise dos dados teve abordagem quali e quantitativa.

Como uma pesquisa descritiva, descreveu-se as características do ambiente operacional e interno da CAD. Gil (2002) salienta que, dentre as pesquisas descritivas, evidenciam-se aquelas que têm por finalidade analisar as características de um determinado grupo. Entre as características mais significativas desse tipo de pesquisa, destaca-se a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário, formulários e a observação sistemática.

Esta pesquisa caracteriza-se também como exploratória, por possibilitar o conhecimento mais profundo de aspectos relacionados ao dimensionamento do pessoal na unidade cirúrgica, com o intuito de torná-los explícitos. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema de pesquisa (GIL, 2002).

Todavia, o método de procedimento para essa pesquisa foi o estudo de caso, o qual é considerado por Bryman (1989) como um dos principais métodos de procedimento para pesquisas organizacionais. Conforme Yin (2001), o estudo de caso investiga fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, quando as fronteiras entre fenômeno e contexto são pouco explícitas e há necessidade de se utilizar múltiplas fontes de evidências. Este método permite explicar, descrever, avaliar e explorar situações. É comumente utilizado para questões de pesquisa do tipo 'como' e 'por que', quando o investigador tem pouco ou nenhum controle sobre o evento.

Contudo esse método é criticado principalmente pelo fato de não ser possível a generalização dos resultados. Porém, Yin (2001) defende que da mesma maneira que os experimentos, os estudos de casos são passíveis de generalização a proposições teóricas, embora não a populações ou universos.

Nessa perspectiva, o estudo de caso não representa uma 'amostragem', pois o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias e não estatísticas. Sendo assim, conforme Bryman (1989), o objetivo do estudo de caso não é realizar inferências a partir de resultados de uma amostra para a população, mas gerar características e conexões de relevância teórica.

Em um estudo de caso, a investigação pode ser de "[...] uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse que pontos de dados [...]". O estudo de caso "[...] beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados" (YIN, 2001, p.32). No entanto, cada estudo de caso ou unidade de análise, segundo Yin (2001), pode ser semelhante àquele previamente estudado por outras pessoas.

Assim, considerando o fato de que nesta pesquisa visou-se compreender a realidade da unidade cirúrgica num contexto mais amplo, considerando o seu ambiente operacional e interno, e que existe ampla interação entre o pesquisador e essa realidade, o estudo de caso foi eleito como método adequado para o seu desenvolvimento.

A pesquisa teve abordagem quantitativa porque alguns dados coletados foram analisados mediante recursos matemáticos e técnicas estatísticas. Entretanto, como também foram coletados dados de documentos institucionais, por meio de observação sistemática e mediante entrevistas, houve uma etapa em que foi realizada a análise qualitativa.

A pesquisa qualitativa, segundo Godoy (1995), de maneira contrária à pesquisa quantitativa, não utiliza recursos estatísticos na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, processos e características de organizações, pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada.

#### **4.2 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HC/UFPR, em atendimento à Resolução nº. 196/96, que versa sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério de Saúde (BRASIL, 1996), e aprovado sob o registro nº. 1359.024/2007-02 do CEP (ANEXO I).

Para o cumprimento dessa resolução solicitou-se à Direção do HC/UFPR que fossem disponibilizados documentos oficiais para a coleta de dados da pesquisa, assim como foi requerida a autorização à Coordenadora de Enfermagem para acesso a documentos do serviço e autorização para a realização do estudo na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD).

Foi solicitado aos profissionais de Enfermagem da CAD que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – profissionais (APÊNDICE II) se aceitassem participar da pesquisa, de modo que pudessem ser observados ao desenvolver seu trabalho e também respondessem a um questionário sobre as atividades que realizam na unidade.

Os pacientes que assentiram em participar da pesquisa, ou seus responsáveis foram informados sobre seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – pacientes (APÊNDICE III).

#### 4.2.1 Coleta de dados

Conforme explicitado anteriormente, diferentes técnicas de coleta de dados foram realizadas neste estudo, em diferentes momentos, as quais são explicitadas a seguir.

O Quadro 2 resume o plano de coleta de dados, seus objetivos, sua localização no trabalho e o período destinado para a coleta dos dados.

**Quadro 2 – Plano de coleta de dados do estudo, seus objetivos, sua localização no trabalho e o período destinado para a coleta dos dados**

Fontes de evidências	Objetivo	Anexos/ Apêndices	Período
Observação Sistemática e entrevista	Caracterizar o processo de cuidar da unidade (Objetivo específico ii)	Apêndice IV	7 dias
Questionário	Caracterizar as atividades de cuidado indireto (Objetivo específico iii)	Apêndice IX	7 dias
Sistemas de Classificação de Pacientes de Perroca (2000) e Fugulin (2002)	Estudo piloto para definir o SCP a ser utilizado (Objetivo específico iv)	Apêndice I	5 dias
Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002)	Caracterizar o grau de complexidade dos pacientes (Objetivos específicos vi)	Anexo II	30 dias
Análise documental (prontuário)	Caracterizar o perfil da clientela da unidade (Objetivo específico v)	Apêndice VIII	30 dias
Observação sistemática	Calcular a produtividade dos profissionais de Enfermagem (Objetivo específico ix)	Diário de campo/ instrumento de coleta de dados	15 dias
Análise documental	Verificar o índice de absenteísmo da unidade cirúrgica (Objetivo específico vii)		2 meses
Análise documental e entrevista	Caracterizar o Serviço de Enfermagem do hospital	Apêndice V	2 horas
Análise documental e entrevista	Caracterizar a Unidade de Administração de pessoas do hospital	Apêndice VI	2 horas
Análise documental	Caracterizar o ambiente interno e externo do hospital e descrever a Organização do Serviço de Enfermagem (objetivo específico)	Apêndice VII	

#### **4.2.2 Estudo-piloto**

No desenvolvimento da pesquisa foi realizado um estudo piloto em que foram aplicados a três pacientes da CAD dois instrumentos referentes a Sistemas de Classificação de Pacientes, a saber: o de Perroca (2000) e o de Fugulin (2002). A finalidade deste estudo-piloto foi obter subsídios para a tomada de decisão acerca do instrumento mais adequado para a classificação dos pacientes da CAD quanto às necessidades de cuidado de Enfermagem (objetivo específico iv).

#### **4.2.3 Observação sistemática**

No processo de observação sistemática não participante, a pesquisadora pôde realizar anotações dos fatos observados, que segundo Richardson *et al.* (1999), devem ser de seu conhecimento, a fim de que possa estabelecer relações entre os dados e posteriormente analisar a situação. Todos os dados observados de modo sistemático ou não foram registrados em um diário de campo.

Os dados para a caracterização do processo de cuidar de Enfermagem (objetivo específico ii) foram coletados pela pesquisadora, por meio de observação sistemática não participante, segundo roteiro (APÊNDICE IV). A pesquisadora permanecia na unidade durante todo o turno de trabalho, desde o início do plantão até seu término, de modo que fosse possível observar as atividades desenvolvidas na unidade. Foram realizadas observações sistemáticas nos turnos matutino e vespertino, totalizando, em média, a observação de 10 plantões para caracterizar o processo de cuidar da Enfermagem.

Para a caracterização do grau de complexidade dos pacientes da CAD (objetivo específico vi), foi realizada observação sistemática destes, tendo como roteiro o Instrumento de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) (ANEXO II), apresentado no Capítulo de revisão de literatura. Para essa caracterização, a observação sistemática foi realizada diariamente, no turno vespertino, durante o mês de agosto de 2007. Este período de coleta de dados foi selecionado porque se trata de um período típico da unidade, em que são realizadas atividades de assistência e de ensino, a taxa de ocupação da unidade é alta, e reflete a realidade de atendimento na maioria dos meses do ano.

Para a obtenção de dados relativos à produtividade dos profissionais de Enfermagem da CAD necessários para o cálculo de pessoal (objetivo específico ix), foram realizadas observações relativas à duração de atividades de cuidado indireto realizadas por profissionais da Equipe de Enfermagem nos turnos diurnos. Cada um dos sete profissionais de nível médio foi observado durante dois turnos de trabalho, com duração de seis horas, devido ao fato de suas atividades serem consideradas rotineiras. Cada uma das duas enfermeiras foram observadas em quatro turnos de seis horas, devido ao fato de ocorrer situações extraordinárias em suas jornadas de trabalho e que poderiam interferir no resultado final, não revelando a real produtividade dessas profissionais.

#### **4.2.4 Questionário**

Foi construído um questionário (APÊNDICE IX) que foi validado pela Equipe de Enfermagem da CAD, a fim de realizar um levantamento acerca da ocorrência de atividades de cuidado indireto e sua frequência na unidade (objetivo específico iii), uma vez que essas atividades não são contempladas no Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002), utilizado nessa pesquisa (ANEXO II).

Esse questionário foi elaborado tendo por base a *Nursing Intervention Classification* (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004), o instrumento proposto por Mello (2002) e em observações realizadas em campo. Posteriormente à sua elaboração, o instrumento foi apresentado aos profissionais do turno matutino da CAD com o intuito de que excluíssem, ou incluíssem atividades não contempladas, a fim de validá-lo. A seguir, foi solicitado pela pesquisadora aos profissionais dos turnos matutino, vespertino e noturno que preenchessem o instrumento, totalizando 12 profissionais respondentes.

O questionário é composto por quatro categorias, a saber: i) documentação; ii) atividades relacionadas à unidade; iii) tempo de espera, e iv) outras atividades. Cada categoria contém itens específicos relacionados às atividades indiretas que os profissionais desempenham e requer que seja marcada a frequência em que cada atividade é realizada, a saber: “sempre”, “às vezes” e “nunca”. Do total de profissionais da unidade, doze deles dispuseram-se a preencher o instrumento.



#### **4.2.5 Entrevista**

Para a descrição da organização do Serviço de Enfermagem (objetivo específico i) foi realizada entrevista sistematizada, com perguntas abertas, com a Coordenadora de Enfermagem (APÊNDICE V), Esta disponibilizou documentos para coleta de dados e análise e a entrevista ocorreu na Coordenação de Enfermagem em horário previamente agendado, segundo a disponibilidade da entrevistada.

Informações sobre a administração de recursos humanos do HC/UFPR (objetivo específico i) foram obtidas mediante entrevista com um profissional da Unidade de Administração de Pessoas (UAP). Foi realizada entrevista sistematizada, com perguntas abertas, tendo como roteiro o Apêndice VI. Essa entrevista ocorreu nas dependências da UAP, em horário previamente agendado segundo a disponibilidade do entrevistado.

A partir de entrevistas com as enfermeiras, também foram obtidos dados sobre o processo de cuidar (APÊNDICE IV). Essa entrevista ocorreu nas dependências da unidade, em horários disponibilizados durante a jornada de trabalho das entrevistadas.

#### **4.2.6 Análise documental**

Nessa pesquisa também foi realizada a análise documental, que é caracterizada por coletar dados a partir de documentos, escritos ou não, constituindo-se em fontes primárias de informação (MARCONI; LAKATOS, 2005). As fontes para acessar tais documentos podem ser públicas, como: leis; relatórios; documentos; ou particulares de instituições, como: atas, ofícios, registros, fontes estatísticas, e que permitem conhecer melhor a realidade estudada.

Os dados para caracterizar o ambiente interno e externo do hospital e descrever a Organização do Serviço de Enfermagem (objetivo específico i) foram coletados mediante análise documental oficial (regimento, regulamentos, entre outros). Em relação ao ambiente organizacional interno foram descritos: a estrutura organizacional, o modelo de gestão e os serviços ofertados, entre outros (APÊNDICE VII).

O ambiente externo foi caracterizado por aspectos políticos, legais, normativos decorrentes do fato de o hospital ser subordinado ao Ministério da Educação e ao Sistema Único de Saúde. Portanto, foram utilizadas leis, códigos, decretos e resoluções para descrever e fundamentar os dados sobre o ambiente (objetivo específico i).

A Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR (ASPLAN) forneceu dados referentes ao hospital e à CAD (taxa de ocupação, número de leitos ativos, de pacientes-dia, número de cirurgias, tipo de saída, entre outros) (objetivo específico i).

Os dados referentes ao perfil da clientela (objetivo específico iv) foram obtidos mediante registros da unidade, e dados de identificação constantes no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE VIII).

Os dados relativos a ausências previstas e não previstas, necessários para o cálculo do Índice de Segurança Técnica empregado na equação para dimensionamento de pessoal, a fim de incorporar as horas necessárias para suprir tais ausências de profissionais foram coletados mediante análise documental de escalas de trabalho da unidade. Os dados sobre os motivos do absenteísmo foram obtidos por meio de relatório institucional do Serviço de Avaliação e Perícia de Saúde do hospital.

#### 4.3 Cálculo de pessoal de Enfermagem

Para efetuar os cálculos relativos ao dimensionamento de pessoal de Enfermagem, aplicou-se a equação de Gaidzinski, Fugulin e Castilho (*in*: KURCGANT, 2005 p.135).

$$Q = \sum_k \frac{\sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)}{t_k \cdot \rho_k} \cdot \left[ \left( 1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right] \quad (1)$$

em que:

$n_j$  = média diária de pacientes que necessitam do cuidado;

$h_j$  = média das horas de assistência de Enfermagem por paciente que necessita de cuidado;

E% = percentual de ausências por folga semanal;

F% = percentual de ausências por dias feriados no ano;

$V_k\%$  = percentual de ausências por férias da categoria profissional;

$A_k\%$  = percentual de ausências não previstas da categoria profissional.

Para que se determine a média das horas de assistência de Enfermagem por paciente que necessita de cuidado  $j$  nas 24 horas, foram utilizadas como referência as horas preconizadas pela Resolução COFEN 293/2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004), segundo o tipo de assistência de Enfermagem.

A seguir são detalhadas as equações que fornecem os elementos para a equação (1).

#### **Carga de trabalho na unidade ( $n_j.h_j$ )**

$$C = n_j . h_j \quad (2)$$

na qual:

C = carga de trabalho;

$n_j$  = quantidade média diária de pacientes-clientes assistidos, segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento  $j$ ;

$h_j$  = tempo médio diário, segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento  $j$ ;

$j$  = qualquer grau de dependência ou tipo de atendimento.

#### **Ausências previstas por folga semanal (E%)**

Para definir o índice de ausências previstas por folga semanal (E%), consideram-se as folgas semanais a que cada profissional de Enfermagem tem direito. A equação para sua definição é a seguinte

$$E\% = \frac{e}{d - e} \cdot 100 \quad (3)$$

em que:

E% = percentual de folgas;

e= Número de dias de folga, por semana, dos trabalhadores de Enfermagem;

d= Número de dias trabalhados na unidade.

### **Ausências previstas por feriado (F%)**

O índice de ausências previstas por feriado é calculado considerando-se os dias de feriados concedidos pela instituição.

$$F\% = \frac{f}{D - f} \cdot 100 \quad (4)$$

em que:

F% = percentual de dias feriados;

f = dias feriados no ano;

D = dias do ano, 365 dias.

### **Ausências previstas por férias ( $V_K$ %)**

Para que seja calculado o percentual de ausências previstas por férias considera-se o número de dias de férias anuais concedidos por lei a cada trabalhador, e é obtido pela seguinte equação:

$$V_K \% = \frac{v_k}{D - v_k} \cdot 100 \quad (5)$$

em que:

$V_K$  % = percentual de férias, segundo a categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeiro, técnico e auxiliar);

$v_k$  = média de dias de férias da categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeiro, técnico e auxiliar);

D = dias do ano, 365 dias.

### **Ausências não previstas ( $A_K \%$ )**

Para calcular o percentual de ausências não previstas por categoria profissional, as escalas mensais de trabalho e registros de ausências da unidade são as fontes para obterem-se os dados dessas ausências, que são calculadas pela equação abaixo:

$$A_K \% = \left( \frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100 \quad (6)$$

em que:

$A_K \%$  = percentual de ausências não previstas, segundo a categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeiro, técnico e auxiliar)

$\sum_i a_{k,i}$  = somatório dos dias médios de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências (faltas, licenças e suspensões) por categoria profissional <sub>k</sub> (enfermeiro, técnico e auxiliar);

D = dias do ano, 365 dias.

### **Índice de segurança técnica (IST)**

O Índice de Segurança Técnica (IST) representa o acréscimo de pessoal de Enfermagem necessário para suprir ausências previstas e não previstas dos profissionais de Enfermagem de uma unidade. A equação abaixo é utilizada para o cálculo do IST (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005):

$$IST_K \% = \left\{ \left[ \left( 1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{V_k}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{A_k}{100} \right) \right] - 1 \right\} \cdot 100 \quad (7)$$

### **Tempo efetivo de trabalho ( $t . p$ )**

O tempo efetivo de trabalho representa o tempo em que o trabalhador está realizando suas atividades laborais, durante um turno de trabalho.

$$t_{\text{efetivo}} = t \cdot p$$

em que:

$t$  = jornada de trabalho da categoria profissional<sub>k</sub>

$p$  = proporção do tempo produtivo da categoria profissional<sub>k</sub>

Para a determinação do tempo produtivo de cada categoria, de modo que este fosse representado fidedignamente nos cálculos de dimensionamento, foi realizado o cálculo da produtividade dos membros da equipe de Enfermagem (objetivo específico ix). Esse cálculo foi realizado com base em dados obtidos mediante observação sistemática. Conforme anteriormente explicitado, foram observados e registrados os tempos destinados às atividades de cuidado indireto e de cuidado pessoal dos profissionais de Enfermagem. O tempo de cuidado pessoal de cada profissional observado foi subtraído do tempo total dedicado ao trabalho (cuidado indireto e cuidado direto), em cada turno de trabalho, e que resultou na produtividade de cada profissional.

#### **4.4 Tratamento e análise dos dados**

Os dados obtidos pela aplicação do instrumento de classificação de pacientes na CAD, bem como os que caracterizam o perfil dos pacientes sofreram análise quantitativa, mediante análise descritiva univariada. Foram armazenados em planilhas eletrônicas e organizados em tabelas e gráficos.

Os dados obtidos mediante observação sistemática e análise documental, relativos à descrição do processo de cuidar, do ambiente interno e externo, foram descritos e sistematizados, e analisados de forma qualitativa ou quantitativa, conforme o caso.

A discussão dos resultados foi realizada à luz da literatura correlata, de modo a explicitar a relação dos fatores do ambiente interno e externo da CAD com o dimensionamento de pessoal de Enfermagem para o seu processo de cuidar.

## **5 O AMBIENTE OPERACIONAL E INTERNO DA UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO DO HC/UFPR**

Neste capítulo são apresentados os resultados relativos aos ambientes operacional e interno da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Recorde-se que os dados foram coletados em documentos institucionais e por meio de observação sistemática e entrevistas, e que houve uma etapa em que alguns dados foram analisados de forma qualitativa. Entretanto, alguns dados sobre informações hospitalares e da clientela foram analisados mediante recursos matemáticos e estatísticos. Partiu-se da descrição do ambiente operacional e interno da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo para identificar os fatores que intervêm no processo de cuidar da Enfermagem na unidade e, conseqüentemente, no dimensionamento.

As seções deste capítulo referem-se às categorias e subcategorias de análise da pesquisa. Em relação ao ambiente organizacional, definiu-se que o ambiente interno da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo relaciona-se a tudo que concerne ao hospital, enquanto que o ambiente operacional refere-se à parte do ambiente externo que afeta mais diretamente o processo de produção de cuidados à saúde no hospital.

Na primeira seção são apresentadas as características do HC/UFPR relacionadas ao seu ambiente operacional. Na seção subsequente são apresentadas as características do ambiente interno do hospital, destacando-se o Serviço de Enfermagem e a Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo.

## **5.1 CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE OPERACIONAL DO HC/UFPR**

### **5.1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

O Hospital de Clínicas da UFPR (HC/UFPR), fundado em 1961, é um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná, subordinado diretamente à Reitoria, portanto, faz parte da administração direta do governo federal.

Considerando que “a missão constitui uma maneira de traduzir o sistema de valores em termos de crenças ou áreas básicas de atuação da organização” (CHIAVENATO, 2006, p. 55), a missão do HC/UFPR é “[...] prestar assistência acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão” (JORNAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2007). Esta missão reflete o compromisso deste hospital universitário com o desenvolvimento da ciência e tecnologia na área da saúde, com a formação de profissionais e com a melhoria do padrão sanitário da comunidade.

Como hospital universitário, o HC/UFPR é campo de aulas práticas para diversos cursos da área de saúde. Dados do primeiro semestre de 2007 (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007a) revelam que, aproximadamente 1.414 alunos de nível médio e de graduação em Enfermagem, e demais cursos de graduação, realizaram aulas práticas e estágios no hospital. Os dados são aproximados, pois nem sempre são encaminhadas as documentações solicitadas pelo Serviço de Apoio ao Ensino e Extensão (SAEE) e que favoreceriam um controle estatístico mais fidedigno (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007b).

Subordinado à Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão, o SAEE é o serviço responsável pela abertura e manejo de vagas para a realização de estágios curriculares de outras instituições de ensino, e de estágios voluntários da própria UFPR.

Especificamente na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, no período de janeiro a novembro de 2007, em torno de 114 alunos de graduação em Enfermagem desta universidade desenvolveram suas aulas práticas curriculares na unidade, e dois deles realizaram estágios voluntários. Conclui-se que esta unidade é importante



campo de atividades para alunos de graduação de Enfermagem da UFPR, pois dos 310 alunos deste curso que tiveram aulas práticas no HC/UFPR, 25% o fizeram na CAD. Destacam-se, principalmente, as práticas de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem, disciplinas em que o aluno realiza atividades de cuidado direto ao paciente, sob supervisão do professor, e têm oportunidade de atender pacientes cirúrgicos com diferentes níveis de complexidade de cuidado e dependência da Enfermagem.

Por sua vez, 46 alunos de Enfermagem de nível médio e quatro de graduação de outras instituições desenvolveram também suas aulas práticas curriculares na CAD, neste período.

**Quadro 3 – Distribuição de alunos que realizaram aulas práticas nas diversas unidades de internação e na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de janeiro a novembro de 2007**

Procedência dos alunos Local de aula prática	Diversas unidades de internação do HC/UFPR	Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Alunos graduação de diversos cursos da UFPR	70	0
Alunos de graduação em Enfermagem UFPR	310	114 (25%)
Alunos de graduação em Medicina UFPR	Não disponibilizado	
Alunos de graduação de Enfermagem da UFPR em estágio voluntário	22	2
Alunos de graduação de diversos cursos de outras instituições	161	0
Alunos de graduação em Enfermagem de outras instituições	4	4
Alunos de graduação em Medicina de outras instituições	19	0
Alunos de Enfermagem de nível médio de outras instituições	683	46 (6,73%)
TOTAL	1.414	166

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2007a.

A abertura de campo de estágio para alunos de outras instituições é realizada posteriormente à alocação dos alunos da UFPR nas unidades, os quais têm prioridade na concessão de campo para aulas práticas no HC/UFPR. Esses dados evidenciam que

[...] os vínculos entre a assistência e a docência têm sido fortalecidos, de maneira que é aceita como parte fundamental da missão das entidades prestadoras de serviços de saúde a formação dos recursos humanos, assim como também é básico que as entidades formadoras tenham como missão a assistência à saúde (MALAGÓN-LONDOÑO; MOREIRA; VALVERDE, 2003, p. 447).

Como hospital integrante da UFPR, o Hospital de Clínicas está inserido no Sistema de Informação dos Hospitais Universitários (SIHUF), que foi criado em 1997 com a finalidade de coletar e armazenar os dados dos Hospitais Universitários Federais, semestralmente, alimentando a base de dados do Ministério da Educação (MEC). Os dados referem-se a número de alunos, área física, despesas, número de docentes, força de trabalho, indicadores qualitativos e quantitativos, receita, número de residentes, produção de serviços, produção científica e procedimentos de alta complexidade.

Outrossim, a sociedade espera do HC/UFPR, bem como de todos os 45 hospitais universitários federais de ensino brasileiros, que seja capaz “[...] de prestar serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta”; garanta

[...] suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais (BRASIL, 2007a, s.p).

Todavia, esses hospitais apresentam grande variedade quanto à sua capacidade instalada, incorporação de tecnologias e abrangência no atendimento à população.

### **5.1.2 HOSPITAL INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Curitiba foi o primeiro município brasileiro habilitado à Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (BRASIL, 1996).

Com o sistema de gestão plena a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) responsabiliza-se pela organização do conjunto dos serviços vinculados ao SUS, que tem 281 prestadores atuando nos diferentes níveis de assistência. Destes, 129 são públicos (incluindo as 105 Unidades de Saúde), 17 filantrópicos e os demais

privados. Na assistência hospitalar, 30 hospitais são credenciados ao SUS: três são públicos, doze filantrópicos e 15 privados, totalizando 4.735 leitos cadastrados ao SUS. Entre eles encontra-se o HC/UFPR (PARANÁ, 2007a).

No Paraná, o HC/UFPR é o maior hospital de natureza jurídica pública, tanto em número de leitos (643), quanto em relação ao volume de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O HC/UFPR é referência para a atenção de alta complexidade para o SUS, não se restringindo ao atendimento a pacientes oriundos da capital. Os pacientes provenientes de Curitiba (56%) e de sua região metropolitana (27%), somados aos de outros municípios do Paraná (13%), totalizam 96% dos atendimentos. Por sua vez, pacientes provenientes de outros estados representam 3% dos atendimentos, e de outros países, menos de 1% (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007c).

Dados de 2007 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2007) indicam que no Paraná, existem 16.656 leitos destinados a internações clínicas e cirúrgicas. Destes, 11.631 (69,83%) são leitos cadastrados ao SUS, o que revela uma grande demanda de atendimento por estas especialidades no sistema público de saúde. Destaca-se a relevância da CAD do HC/UFPR como um centro de referência para a média e alta complexidade.

**Quadro 4 – Número de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais em hospitais do SUS no Paraná e Curitiba e de cirurgias no HC/UFPR e CAD no primeiro semestre de 2007**

Local	Procedimentos						
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Total
Paraná *	62.490	62.808	64.765	65.187	64.287	63.513	379.775
Curitiba *	8.318	8.730	8.983	9.114	9.234	8.609	52.988
HC/UFPR **	734	676	844	748	715	357	4.074
CAD **	109	84	102	121	99	59	574

Fonte: \*BRASIL, 2007a; \*\* Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessoria de Planejamento e Custos, 2007a.

Dados da Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR (ASPLAN, 2007a) revelam que este hospital produziu no primeiro semestre de 2001, com 605 leitos ativos, 10.929 internações, 6.677 cirurgias, sendo que destas, 465 foram realizadas pela equipe médica da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD).

Já em 2007, com 557 leitos ativos, o hospital produziu no primeiro semestre 9.916 internações e 4.074 cirurgias (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007d). Neste ano, a CAD realizou mais cirurgias (570) em relação às que foram realizadas, em média (512), nos primeiros semestres de 2001 a 2006. Observa-se no Quadro 5 que em 2000 e 2007 ocorreram greves dos servidores técnico-administrativos.

Comparativamente, no ano de 2007 houve nos primeiros seis meses menos internações e menos cirurgias no HC/UFPR do que o esperado, proporcionalmente à capacidade instalada de leitos. Essa diminuição de produtividade pode estar associada ao período de greve dos funcionários técnico-administrativos, ocorrido entre 28/05 a 23/06/07. Na série histórica, apresentada no Quadro 5 constata-se o impacto de uma greve na produção de serviços hospitalares.

**Quadro 5 – Demonstrativo da série histórica de número de leitos (existentes, cadastrados e ativos), internações e cirurgias, segundo o semestre/ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007**

Semestre/Ano de competência	Nº de leitos	Leitos cadastrados no SUS	Leitos ativos (média)	Leitos CAD	Internações	Cirurgias*	Cirurgias (CAD)
<b>*1º - 2000</b>	<b>635</b>	<b>605</b>	<b>601</b>	<b>22</b>	<b>10.493</b>	<b>6.677</b>	<b>394</b>
1º - 2001	635	605	614	22	10.929	3.909	465
1º - 2002	635	605	599	22	9.619	3.872	493
1º - 2003	635	605	607	22	9.886	4.512	599
1º - 2004	643	635	620	22	11.019	5.291	622
1º - 2005	643	635	565	16	10.252	4.224	502
1º - 2006	643	635	554	16	10.186	6.206	394
<b>Média 2001-2006</b>		<b>620</b>	<b>593</b>	<b>20</b>	<b>10.315</b>	<b>4.669</b>	<b>512</b>
<b>*1º - 2007</b>	<b>643</b>	<b>635</b>	<b>557</b>	<b>16</b>	<b>9.916</b>	<b>4.074</b>	<b>574</b>

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR, 2007d. \*Nota: foram excluídas as cirurgias ambulatoriais, e das especialidades de Tocoginecologia e Obstetrícia. \*\* Greve de servidores técnico-administrativos (de maio a julho de 2000) de 28 de maio a 23 de junho de 2007.

A média de permanência dos pacientes internados no HC/UFPR, no primeiro semestre de 2007 foi de 7,18 dias. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), a média de permanência (MPe) é a relação numérica entre o total de pacientes-dia num período considerado e o total de pacientes que saem da instituição.

Outrossim, a alta média de permanência também reflete a complexidade das condições de saúde dos pacientes, pelo fato de ser um hospital de referência para a média e alta complexidade. Ressalta-se que em hospitais de ensino a média de permanência costuma ser mais alta que a dos demais hospitais, justamente porque as atividades de assistência (diagnóstico, tratamento) envolvem aulas teórico-práticas que demandam mais tempo e maior número de atividades e encaminhamentos.

Contudo, observa-se no Quadro 5 que ao longo dos últimos anos tem ocorrido uma diminuição do tempo médio de permanência de pacientes nas diversas unidades de internação do hospital, com exceção das unidades de terapia intensiva. Ressalta-se que as clínicas cirúrgicas apresentam menores valores médios de média de permanência do que os das clínicas médicas e pediátricas. Isto pode ser explicado pela conduta de que os pacientes cirúrgicos devem ser desospitalizados o mais breve possível, desde que suas condições gerais de saúde assim o permitam.

Entretanto, percebe-se que a média de permanência dos pacientes da CAD em todos os anos apresentados no Quadro 6 foi maior do que os valores médios das clínicas cirúrgicas. Isso indica que seus pacientes têm agravos de saúde de maior complexidade, ou que têm piores condições de saúde, em relação aos internados nas demais clínicas cirúrgicas.

**Quadro 6 – Demonstrativo da série histórica da média de permanência dos pacientes, em unidades de diversas especialidades, segundo o semestre/ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007**

Semestre/Ano de competência	Clínicas Médicas	CAD	Clínicas Cirúrgicas	Clínicas Pediátricas	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal
1º - 2000	10,36	8,25	6,53	7,73	6,23	6,03	7,52
1º - 2001	10,38	7,44	6,15	6,80	6,17	6,29	8,45
1º - 2002	10,45	6,29	5,95	6,47	5,36	8,98	12,74
1º - 2003	10,42	6,67	5,82	7,65	5,71	6,55	15,60
1º - 2004	9,14	6,80	5,46	5,87	7,50	7,32	15,42
1º - 2005	8,98	6,37	5,59	6,07	7,96	6,22	16,27
1º - 2006	10,04	6,24	5,21	5,96	7,76	6,0	19,23
<b>Média 2001-2006</b>	<b>9,90</b>	<b>6,63</b>	<b>5,69</b>	<b>6,47</b>	<b>6,74</b>	<b>6,89</b>	<b>14,61</b>
1º - 2007	9,95	6,16	5,12	5,75	8,82	6,25	17,20

Fonte: Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR, 2007a.

A taxa geral de ocupação de leitos do HC/UFPR em 2007 foi de 69,74%. Esperava-se que essa média fosse mais alta pelo fato de hospital ser referência e ter

uma demanda contínua por certas especialidades. Contudo, há que se salientar que existem duas modalidades de internação, a de urgência e a eletiva. A internação eletiva é discricionária, ou seja, está sob o controle do gestor, podendo ser agendada conforme os interesses do hospital. Já a demanda de urgência é indiscriminatória e imprevisível, pois

[...] a demanda dos serviços hospitalares é variável aleatória não controlada tanto pelos gestores dos sistemas de assistência à saúde, quanto pela Direção de cada hospital, uma vez que ela depende não somente das necessidades de saúde da população da área de abrangência e da clientela de cada hospital, mas também dos tetos financeiros e das autorizações para internação hospitalar emitidas pelo SUS e demais sistemas de assistência à saúde (WOLFF, 2005, p.46).

Ademais, observa-se no Quadro 7 que a taxa de ocupação da CAD é mais alta 33,06% que a taxa geral do HC/UFPR, e em média, 39,67% superior à taxa de ocupação média das clínicas cirúrgicas. Os dados revelam que existe uma demanda contínua para atendimento de pacientes na CAD, com a ocupação total de leitos e sua maior produtividade em termos de utilização de leitos para procedimentos cirúrgicos. Note-se que nem com a greve houve diminuição de sua produtividade. Logo, conclui-se que, embora a demanda por tratamento eletivo possa ter diminuído na greve, a demanda para tratamento de urgência foi contínua. Fatores intervenientes como esses justificam que o dimensionamento de pessoal de Enfermagem seja feito para o número total de leitos disponíveis na unidade.

**Quadro 7 – Demonstrativo da série histórica da média da taxa de ocupação dos leitos, de unidades de diversas especialidades, no primeiro semestre, por ano de competência, HC/UFPR, 2000 a 2007**

Semestre/Ano de competência	Clínicas Médicas	CAD	Clínicas Cirúrgicas	Clínica Pediátrica	UTI Adulto	UTI Pediátrica	UTI Neonatal
<b>*1º - 2000</b>	<b>78,05%</b>	<b>95,02%</b>	<b>66,16%</b>	<b>77,97%</b>	<b>88,22%</b>	<b>67,83%</b>	<b>113,11%</b>
1º - 2001	83,75%	101,76%	68,48%	73,65%	98,35%	68,15%	111,65%
1º - 2002	72,01%	95,97%	64,99%	66,30%	89,63%	64,45%	107,02%
1º - 2003	74,44%	93,53%	66,74%	84,97%	96,58%	65,66%	105,28%
<b>*1º - 2004</b>	<b>71,90%</b>	<b>87,82%</b>	<b>70,45%</b>	<b>62,80%</b>	<b>105,64%</b>	<b>71,80%</b>	<b>104,59%</b>
1º - 2005	81,20%	105,83%	71,54%	64,85%	110,33%	64,26%	105,17%
1º - 2006	82,88%	106,06%	73,77%	65,30%	111,28%	67,65%	101,45%
<b>Média 2000-2006</b>	<b>77,69%</b>	<b>98,49%</b>	<b>69,32%</b>	<b>69,64%</b>	<b>101,96%</b>	<b>66,99%</b>	<b>105,86%</b>
<b>*1º - 2007</b>	<b>76,72%</b>	<b>102,80%</b>	<b>63,13%</b>	<b>55,12%</b>	<b>105,38%</b>	<b>75,43%</b>	<b>103,14%</b>

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessoria de Planejamento e Custos do HC/UFPR, 2007d.

Nota: Greve de servidores técnico-administrativos = de maio a julho de 2000 e 28 de maio a 23 de junho de 2007.

## **5.2 CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE INTERNO DO HC/UFPR**

Desde o ano de 2002, tem sido implementado, paulatinamente, um novo modelo de gestão pela Direção do HC/UFPR, que lhe confere características de administração colegiada, representativa, participativa, com descentralização das decisões. A nova estrutura organizacional passou a se constituir de um Conselho de Administração (COAD), um Conselho Diretor (CODIR) constituído pela Direção Geral, e as Diretorias subordinadas a esta: de Ensino, Pesquisa e Extensão; de Assistência; do Corpo Clínico; Financeira e Administrativa, conforme o organograma do ANEXO III.

Também subordinada diretamente à Diretoria Administrativa, a Unidade de Administração de Pessoas (UAP), tem a missão de administrá-las com harmonia, valorizando-as de acordo com a missão da instituição. Sendo assim, é o órgão responsável pelas questões relacionadas à provisão, aplicação, manutenção, desenvolvimento e monitoração de recursos humanos (CHIAVENATO, p. 227). Todavia, como integrante de instituição federal, a contratação de pessoal para esse hospital só é possível mediante aprovação em concursos públicos autorizados pela administração direta, uma vez que os recursos da folha de pagamento de seus servidores concursados provêm do Ministério da Educação e Cultura (MEC).

No entanto, há funcionários do HC/UFPR contratados pela Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR), que gerencia os servidores celetistas que prestam serviços no hospital. Essa contratação depende exclusivamente de deliberação da administração do hospital, mas está sujeita a restrições legais.

Essas restrições são previstas no Artigo 169 da Constituição Brasileira de 1988, o qual refere que “[...] a despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar” (BRASIL, 1988, s.p)

Os limites relativos aos gastos com pessoal estão previstos na Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000, s.p), que “[...] estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” com vistas ao

controle orçamentário da expansão das despesas no país. Conforme o Artigo 18 desta Lei

[...] entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (BRASIL, 2000, s.p).

A porcentagem de gastos com pessoal é definida no Artigo 19 do Capítulo IV da Lei de Responsabilidade Fiscal, que trata da despesa pública. Esse Artigo determina que a despesa total com pessoal não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida. Para a União foi determinado que o gasto não poderá exceder 50% de sua receita. Para os estados e municípios o valor determinado foi de 60%.

[...] no Brasil, o atual modelo de controle administrativo e financeiro do SUS, ainda em implantação, baseia-se no controle municipal. Por essa razão os municípios estão se estruturando para habilitarem-se à gestão plena do sistema municipal, na qual eles se tornam totalmente responsáveis pelo controle dos hospitais, desde o seu credenciamento, até a aprovação de suas contas (WOLFF, 2005, p. 45).

A UAP compreende diversos serviços relacionados aos recursos humanos do hospital, representados no organograma que consta no Anexo IV: o Serviço de Pessoal, o Serviço de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas, o Serviço de Avaliação e Movimentação de Pessoas, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, o Serviço Integrado à Saúde, bem como o Centro Educacional Pipa Encantada Saúde e o Serviço de Voluntários.

A finalidade do Serviço de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas é o desenvolvimento organizacional, viabilizado por meio do aperfeiçoamento dos profissionais do HC/UFPR. Sua equipe é formada por dois pedagogos, dois psicólogos organizacionais, um técnico em assuntos organizacionais e um estagiário de Psicologia.

O projeto de capacitação e treinamento para os recursos humanos da UAP visa capacitar os servidores do HC/UFPR auxiliando-os em sua progressão de



carreira. Sendo assim, o planejamento de seu desenvolvimento para o ano de 2007, foi realizado em parceria com a Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis (PRHAE), que é a instância da UFPR que visa diagnosticar, discutir, refletir e operacionalizar as medidas de suprimento, manutenção, capacitação, desenvolvimento e controle de pessoal para a consolidação da política de recursos humanos institucional. O objetivo da PRHAE é promover a qualificação e a valorização dos servidores, promovendo capacitação que imprima um novo perfil profissional, voltado à busca contínua da qualidade dos serviços prestados, na utilização de maneira mais racional e criativa dos recursos da Universidade (UFPR, 2007a).

O planejamento conjunto entre a PRHAE e a UAP levou em conta o desenvolvimento do Plano de Carreira (PC) dos servidores, e organizou as atividades para o desenvolvimento de pessoal, de modo que os profissionais pudessem ascender na carreira por progressão, conforme prevista na Lei nº 11.091, que trata da estruturação do plano de carreira dos cargos técnico-administrativos das instituições federais de ensino vinculadas ao Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2005).

O plano de carreira previsto no Art. 5 dessa Lei é conceituado como um “[...] conjunto de princípios, diretrizes e normas que regulam o desenvolvimento profissional dos servidores titulares de cargos que integram determinada carreira, constituindo-se em instrumento de gestão do órgão ou entidade” (BRASIL, 2005, s.p).

A Lei nº 11.091 propõe o enquadramento profissional, de acordo com o tempo no serviço público federal e a classe de capacitação, dos servidores titulares de cargos ou empregos técnico-administrativos das instituições federais de ensino vinculadas ao MEC. A realização do enquadramento, de acordo com a classe de capacitação, visa à ascensão do profissional por meio de sua constante atualização na educação formal.

Ainda em relação ao modelo de gestão, aos poucos tem ocorrido o processo de implantação de Unidades Funcionais (UF), com gestão colegiada, com o objetivo “[...] aglutinar unidades administrativas ou assistenciais cujos processos de trabalho

sejam semelhantes, providas de equipes multiprofissionais, em um mesmo espaço físico, e responsável pelo planejamento estratégico, neste nível operacional” (BERNARDINO, 2007, p. 18).

Subordinadas à Diretoria da Assistência estão as Coordenações: de Atendimento Externo; das Unidades de Internação; de Enfermagem; e, as Unidades de: Farmácia Hospitalar; Nutrição e Dietética; de Centro Cirúrgico; e Urgência e Emergência Adulto.

Em relação ao modelo assistencial, pode se afirmar que o HC/UFPR desenvolve ações predominantemente de diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas tem envidado esforços para o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde e prevenção. A atenção à saúde desenvolve-se em serviços destinados ao atendimento realizado por diversas especialidades médicas, conforme observa-se no seu organograma. O HC/UFPR possui 266 salas para atendimento ambulatorial e 643 leitos hospitalares, dos quais 635 são cadastrados ao SUS, e divididos em 33 unidades de internação.

O processo de trabalho nesses serviços é desenvolvido por profissionais de diferentes categorias, tais como: assistentes sociais, enfermeiras, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos e demais técnicos e auxiliares.

O Serviço de Informática do HC/UFPR é subordinado à Diretoria Administrativa e responsável pelo gerenciamento dos programas utilizados no Sistema de Informação Hospitalar. Esse serviço possui relação direta com os departamentos, setores e unidades de internação. Por exemplo, quando existe algum projeto para alterar ou incluir dados de Enfermagem no sistema informatizado, é a Coordenação de Enfermagem que media a relação dos profissionais dessa área com o serviço de informática.

### **5.2.1 O Serviço de Enfermagem**

A Coordenação de Enfermagem do HC/UFPR é o órgão responsável pelos serviços de Enfermagem nas seguintes unidades de internação: Traumatologia e Ortopedia; Clínica Médica Masculina; Clínica Médica Feminina; Policlínica; Cirurgia Geral/Neurocirurgia; Cirurgia do Aparelho Digestivo/Cirurgia Vascular/Cirurgia

Cardiovascular; Oftalmo/Cirurgia Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; Quimioterapia Alto Risco; Infectologia; Neonatologia e UTI Neonatal; Transplante de Medula Óssea; Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico; Clínica Pediátrica; Emergência Pediátrica; Ginecologia e Reprodução Humana; Neurologia; Nefrologia; Alojamento Conjunto; Banco de Leite Humano; Transplante Hepático, Cirurgia Plástica; Hematopediatria; e UTI Cardíaca.

De acordo com dados estatísticos gerais, contabilizados nos meses de janeiro a julho de 2007, o hospital conta atualmente com um efetivo de 3.746 profissionais, sendo 1.202 regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), contratados pela Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR), e 2.139 estatutários contratados por meio de concurso público. Fazem parte do quadro de servidores 363 profissionais terceirizados e 42 cedidos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007a).

Nesse contexto, os profissionais de Enfermagem totalizam 1.322 servidores (35,3%). Desse total, 224 são enfermeiras, 205 são técnicos e 767 são auxiliares de Enfermagem. Além desses profissionais, 509 estão afastados para tratamento de saúde (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007a).

A Enfermagem do HC/UFPR é representada atualmente pela Coordenação de Enfermagem (CE), criada em 2002, após a extinção da Direção de Enfermagem, devido ao novo modelo de gestão do hospital. A Coordenação está subordinada à Direção de Assistência, uma das cinco direções ligadas diretamente à Direção Geral.

As atribuições da Coordenação de Enfermagem foram aprovadas em 2003 pelo Conselho de Administração do Hospital de Clínicas da UFPR (COAD-HC/UFPR), por meio da Resolução nº 003/2003-COAD-HC/UFPR. Essa resolução aprova:

[...] as atribuições da Coordenação de Enfermagem e reza que essa Coordenação visa à normatização, controle ético profissional, controle de finalidade do atendimento do corpo de Enfermagem do hospital, bem como articula a assistência com o ensino, a pesquisa e a extensão e tem como funções:

- a) Assessorar os gerentes das Unidades Funcionais Assistenciais na organização, planejamento e avaliação dos processos de Enfermagem, dirigidos à clientela específica da unidade;
- b) Cumprir e fazer cumprir o regulamento do Hospital de Clínicas da UFPR;
- c) Estudar e propor, de forma compartilhada com outras coordenações e unidades funcionais, normas técnicas de desempenho profissional de Enfermagem nas atividades do hospital;
- d) Manter avaliação técnica contínua dos processos de Enfermagem;
- e) Rever continuamente os padrões de assistência de Enfermagem do hospital e propor seu aperfeiçoamento;
- f) Planejar, propor e avaliar junto à Unidade de Administração de Pessoas, os programas e atividades de treinamento, aperfeiçoamento e desenvolvimento de profissionais de Enfermagem;
- g) Estudar rotinas gerais para o exercício profissional de Enfermagem no hospital, divulgar e promover sua implantação através dos gerentes das unidades funcionais;
- h) Conhecer e avaliar os programas de treinamento na área de Enfermagem de pós-graduação, de graduação e de nível médio das instituições conveniadas como o Hospital de Clínicas da UFPR, adequando-os às demandas deste Hospital de Clínicas;
- i) Prestar serviços de consultoria e emitir parecer técnico de Enfermagem quando necessário;
- j) Promover estudos e pesquisas no campo de Enfermagem visando melhorar a assistência e o nível de conhecimento técnico-científico do pessoal;
- l) Divulgar entre a Equipe de Enfermagem, a finalidade e o propósito da Coordenação de Enfermagem do Hospital de Clínicas da UFPR, bem como as decisões relacionadas às ações específicas de Enfermagem (RESOLUÇÃO nº 003/2003-COAD-HC/UFPR, 2003).

A missão do Serviço de Enfermagem do hospital foi elaborada em 1999 pelo Grupo de Metodologia da Assistência. Sendo assim, a missão é “[...] prestar cuidados de Enfermagem fundamentados nos princípios da humanização, qualidade e sistematização e proporcionar condições para ensino, pesquisa e extensão dos profissionais, buscando excelência das atividades” (HOSPITAL DE CLÍNICAS, 1999, s.p). Essa missão tem sido utilizada para orientar a prática da Enfermagem no hospital até o presente. Todavia, a Filosofia do serviço de Enfermagem não foi elaborada até o momento.

De acordo com informações da Coordenação de Enfermagem, são promovidas reuniões periódicas com as enfermeiras, e os meios mais utilizados para comunicação com os profissionais de Enfermagem são os ofícios destinados às unidades e por meio do correio eletrônico, via intranet existente na instituição.

Consultada sobre o planejamento e estratégias para o desenvolvimento do Serviço de Enfermagem, a Coordenação de Enfermagem citou a realização de um diagnóstico situacional em que foram obtidos dados sobre o quadro de pessoal de Enfermagem da instituição, sua alocação, e a análise da adequação à legislação

vigente com relação à necessidade da atuação de enfermeiras. Além disso, um mapeamento sobre o contingente de horas-extras realizadas pelos profissionais de Enfermagem foi também efetuado, visando obter um panorama do déficit de profissionais nas diversas unidades de internação.

O diagnóstico situacional permitiu também que fosse detectada a inviabilidade de remanejamento de recursos humanos de Enfermagem, tendo em vista a impossibilidade de remanejar enfermeiras a outros serviços deficitários, uma vez que estas eram indispensáveis naqueles onde atuavam.

Este trabalho inicial revelou a necessidade da Coordenação de Enfermagem cooptar enfermeiras assistenciais para participarem mais ativamente de seu plano de trabalho por meio da criação de comissões com vistas ao desenvolvimento de estratégias para o aperfeiçoamento da assistência ao paciente.

O planejamento da coordenação para o ano de 2007, de acordo com a Coordenadora de Enfermagem do hospital, é incentivar as enfermeiras a participarem e desenvolverem sua atuação em pesquisas científicas. Em reuniões com as enfermeiras do hospital, foram levantados temas de seu interesse a serem pesquisados. Ademais, foi resgatado um grupo de estudos denominado Comissão de Pesquisa em Enfermagem (CPENF) para incentivar a participação dos profissionais de Enfermagem no âmbito da pesquisa.

Além do mais, estão programados alguns eventos de pesquisa para valorizar e mostrar a produção da Enfermagem.

O projeto de Sistematização da Assistência vem ocorrendo mediante parceria entre a Coordenação de Enfermagem do HC/UFPR e o Departamento de Enfermagem da UFPR, no projeto intitulado 'Avaliação tecnológica das práticas de cuidar' (MEIER, 2006), e tem como um dos objetivos estruturar e implementar a sistematização da assistência de Enfermagem em duas clínicas cirúrgicas do HC/UFPR, dentre as quais está a Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD), unidade que foi objeto desse trabalho.

Esse projeto teve início no primeiro semestre de 2006 e tem, inicialmente, cinco unidades-piloto, nas áreas de: pediatria, adulto, clínica e cirúrgica. Na

seqüência, o projeto prevê a realização de seminários abordando o tema de 'diagnósticos de Enfermagem', com o intuito de instrumentalizar as enfermeiras do hospital, com vistas implantação da sistematização da assistência de Enfermagem.

A CE estabelece parcerias com a Unidade de Administração de Pessoas (UAP), no sentido de compartilhar informações para melhor gerir os recursos humanos disponíveis. Essa inter-relação permite que as necessidades de cada serviço percebidas pela Coordenação de Enfermagem sejam de conhecimento da gerência da UAP, e consideradas no momento de realocação ou movimentação de pessoal.

O concurso público para o Hospital de Clínicas/UFPR realizado em 2003 viabilizou a admissão de enfermeiras, técnicos e auxiliares de Enfermagem em quantidade insuficiente para atender as necessidades crescentes de recursos humanos em Enfermagem. Coube à Coordenação de Enfermagem, a alocação desses profissionais nos serviços que mais careciam desses profissionais.

No ano de 2006, com vistas à traçar um panorama sobre o quadro de pessoal de Enfermagem no HC/UFPR, a Coordenação de Enfermagem em parceria com a UAP realizou uma estimativa rápida de pessoal de Enfermagem para todo o hospital. O cálculo de recursos humanos de Enfermagem foi realizado para cada unidade de internação do hospital, assim como para os ambulatórios e serviços que requeriam esses profissionais.

No relatório desse estudo, consta que para o cálculo de recursos humanos foram levadas em conta as seguintes variáveis: i) número de leitos hospitalares; ii) número de horas de assistência de Enfermagem, por tipo de paciente; segundo a Resolução COFEN 293/04; iii) dias da semana trabalhados; e, iv) carga semanal de trabalho. O índice de segurança técnica adotado foi de 10%, não havendo descrição sobre qual o critério adotado para especificar esse índice (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007e).

Conforme o relatório, esse estudo teve a função de esboçar o panorama do quadro de profissionais de Enfermagem, servindo como ponto de partida para a

sugestão de reordenação dos processos de trabalho, com vistas a racionalizar a alocação desses profissionais na instituição.

A CE do hospital emitiu um relatório em outubro de 2007 com uma proposta de trabalho para a Enfermagem do HC/UFPR. Esse relatório esboçou um panorama da atual situação da Enfermagem na instituição, mapeando onde estão lotados e que funções desempenham esses profissionais. De acordo com o relatório, os locais que têm atuação de enfermeiras são: i) unidades de internação; ii) unidades de internação de terapia intensiva; iii) centro cirúrgico e central de material esterilizado; iv) pronto atendimento; v) serviços de diagnóstico e terapêutica; vi) serviços e programas (banco de leite humano, acreditação hospitalar, humanização, SCIH, epidemiologia hospitalar, engenharia e segurança do trabalho); vii) setores administrativos relacionados à Enfermagem (Coordenação, Supervisão, Coordenação de Diagnóstico e Terapêutica, Supervisão de unidades funcionais, Gerência de unidades funcionais); e, viii) Atividades administrativas não relacionadas à Enfermagem (Diretoria de Assistência, Coordenações, Supervisão Administrativa, Setor de Abastecimento, de Avaliação, de Treinamento e Desenvolvimento.

O Quadro 8 demonstra a distribuição numérica e percentual das enfermeiras do HC/UFPR, por setor

**Quadro 8 – Distribuição numérica e representatividade percentual das enfermeiras no HC/UFPR, 2007**

Setor de atuação	Distribuição numérica	Representatividade percentual
Unidades de internação	63	30,1
Unidades de internação de terapia intensiva	26	12,4
Centro cirúrgico e central de material esterilizado	16	7,7
Pronto Atendimento	7	3,3
Ambulatórios	27	13
Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	20	9,6
Serviços/programas	12	5,7
Atividades administrativas relacionadas à Enfermagem	15	7,2
Atividades administrativas não relacionadas à Enfermagem	8	3,8
Afastadas	15	7,2
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Fonte: Proposta de trabalho para Enfermagem do HC/UFPR. Relatório institucional. 2007e.

O relatório aponta que, atualmente, não há condições de manter uma enfermeira em cada turno nas unidades de internação. Das 18 unidades de

internação, somente oito delas têm enfermeiras nos turnos da manhã e tarde, ficando o turno da noite sem enfermeira no setor, tendo supervisão e apoio de enfermeiras plantonistas. Essa situação foi relatada como preocupante, pois como a gravidade dos pacientes tem sido cada vez maior, o atendimento seguro aos pacientes pode ser prejudicado.

As unidades de internação de terapia intensiva (UTI neonatal, UTI adulto, Centro de terapia semi-intensiva, UTI cardíaca, UTI e Serviço de emergências clínicas pediátricas) tem déficit de 46 enfermeiras. Contudo, o Centro Cirúrgico e a Central de Material Esterilizado são os setores que têm maior cobertura de enfermeiras em todos os turnos.

Os ambulatórios do hospital concentram atualmente 27 enfermeiras e a atuação no Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico foi designada a 20 enfermeiras do HC/UFPR. Essa alocação foi baseada em resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, no entanto, como a presença de enfermeiras não é obrigatória, a Coordenação de Enfermagem estuda a possibilidade de agregar serviços ou incorporar novas atividades a esses profissionais para otimizar seu trabalho, assim como designá-los para coordenar e supervisionar o trabalho de técnicos e auxiliares de Enfermagem em diferentes serviços.

Contudo, a CE considerou que muitos foram os estudos realizados sobre dimensionamento de pessoal, como os da Unidade de Administração de Pessoas e do Departamento de Enfermagem da UFPR. No entanto, foram considerados inaplicáveis devido às peculiaridades do hospital. Para a CE as causas do déficit de profissionais de Enfermagem devem-se a: i) crescente complexidade dos serviços e dos pacientes que internam no HC/UFPR; ii) diversidade dos serviços, que requisitam a profissional enfermeira; iii) dificuldade de reposição de profissionais devido a afastamentos e aposentadorias; iv) envelhecimento e adoecimento do profissional; v) descontrole administrativo no que se refere às faltas, obtenção de atestados médicos com facilidade; realização de horas-extras como segunda fonte de renda; vi) modificação no modelo de organização do trabalho devido às exigências dos novos cargos e funções; e, vii) comportamento viciado, tido como descompromisso do profissional com o paciente o trabalho, resistência a mudanças.



O relatório apresenta ainda a previsão de aposentadorias dos servidores do hospital. Atualmente 8,2% dos técnicos e auxiliares de Enfermagem e 2,3% das enfermeiras poderiam se aposentar por idade. A previsão de profissionais que poderão se aposentar em cinco anos é de 15,5% para técnicos e auxiliares de Enfermagem e 16,4% para enfermeiras. Com essa situação, o déficit de profissionais deve agravar-se ainda mais, pelo fato da reposição não ser proporcional.

As propostas da CE a curto prazo (seis meses) objetivam racionalizar os recursos humanos, no sentido de realizar uma redistribuição quanti-qualitativa de profissionais de Enfermagem. A CE pretende realocar os profissionais que retornaram de licença em unidades diferentes das de origem, assim como agregar serviços de modo que um profissional supervisione e seja responsável por mais de um serviço. Outra prioridade que a CE pretende atender é a de assegurar profissionais nos locais em que a assistência tem sido prejudicada.

Uma segunda proposta da Coordenação de Enfermagem para gerir os profissionais de Enfermagem trata da adoção de um controle mais rígido referente às férias, às escalas de trabalho e às horas-extras. Esse controle visa que não haja excessos que possam prejudicar de algum modo a consecução do trabalho. Além disso, propõem a diminuição da carga administrativa das enfermeiras para que estas possam dedicar-se mais à assistência.

As ações propostas a médio e longo prazo referem-se a: i) adequação da assistência aos princípios do SUS; ii) adequação da Enfermagem ao novo modelo gerencial; iii) redirecionamento dos profissionais para uma proposta assistencial centrada no paciente, valorizando o trabalho em equipe e o comprometimento com o hospital; iv) valorização do cuidado de Enfermagem dentro das equipes multiprofissionais; v) oferta de um ambiente de crescimento pessoal e profissional para os profissionais de Enfermagem; e, vi) melhoria das condições de trabalho.

No entendimento de Certo *et al.*(2005, p.57) “[...] os objetivos de longo prazo devem ser consistentes com a missão organizacional e representar metas a serem atingidas em um período de cerca de três a cinco anos”. Assim, a CE pretende ir ao encontro da missão do HC/UFPR de prestar assistência em consonância com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

Ações para o aperfeiçoamento dos profissionais têm sido propostas pelo HC/UFPR, e embora não exista um serviço de Educação Continuada no hospital, a Coordenação busca planejar cursos, também em parceria com a UAP, destinado aos auxiliares de Enfermagem da instituição.

Nesse sentido, a Coordenadora citou um curso que foi planejado visando facilitar a progressão funcional de profissionais de Enfermagem. O curso foi elaborado em módulos, visando inicialmente nivelar o conhecimento dos profissionais, e posteriormente oferecer módulos por linhas de cuidado (pediatria, urgência e emergência, maternidade, clínica médica e cirúrgica), direcionados para a prática hospitalar.

Para a categoria de enfermeiras, o planejamento da Coordenação prevê curso de atualização, com carga horária de 90 horas, abordando os temas de metodologia da pesquisa, sistematização da assistência de Enfermagem e desenvolvimento de liderança, com a intenção de promover o desenvolvimento gerencial das enfermeiras.

Para que fosse elaborado um projeto de capacitação dos profissionais do HC/UFPR, conforme as necessidades por eles apresentadas, em 2006 foi viabilizado um curso para os gerentes das unidades do hospital, com o intuito de orientá-los como proceder ao levantamento de necessidades de treinamento de seu setor.

A partir desse levantamento de necessidades, a UAP em parceria com a PRHAE, elaborou um manual de cursos a serem disponibilizados em 2007 para os profissionais do hospital, com divulgação da programação e duração dos cursos a cargo da gerência de cada setor do HC/UFPR. Toda a programação elaborada foi baseada nas necessidades apontadas pelas gerências do hospital. No caso da programação para profissionais de Enfermagem, foi elaborada pela UAP e a Coordenação de Enfermagem.

Os cursos ofertados têm duração de 60, 90, 120 ou 180 horas, e são ofertados de acordo com a demanda. O término desses cursos de aperfeiçoamento, com duração de 180 horas está previsto para o ano de 2008.

A divulgação dos cursos é realizada por diversos meios, dentre eles, a Intranet do hospital, por meio de correio eletrônico, os informes das gerências das unidades, diretamente na UAP, mediante a distribuição de filipetas na portaria central do hospital, e no Serviço de Pessoal, local onde passam praticamente todos os servidores, mensalmente, para o agendamento de férias e recebimento de contracheques.

Além dos cursos promovidos pela UAP, existe a possibilidade do servidor usufruir de convênios realizados entre instituições de ensino superior e a UAP. Os convênios celebrados entre ambas as instituições possibilitam que o servidor receba bolsa de estudo parcial para concluir ou aperfeiçoar sua formação.

Existe ainda a possibilidade de o profissional receber bolsa integral de estudos em instituição de ensino superior, ofertada para servidores do HC/UFPR. Neste caso, ocorre divulgação das vagas para os profissionais, e posterior seleção interna, de acordo com critérios estabelecidos pela UAP, como por exemplo, a situação socioeconômica do candidato.

A UAP tem a possibilidade de converter duas bolsas integrais em quatro bolsas que dêem 50% de desconto para cada aluno. Essa conversão depende da quantidade de inscritos e do resultado da avaliação socioeconômica, e visa acima de tudo beneficiar o maior número de profissionais possíveis.

### **5.3 A UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

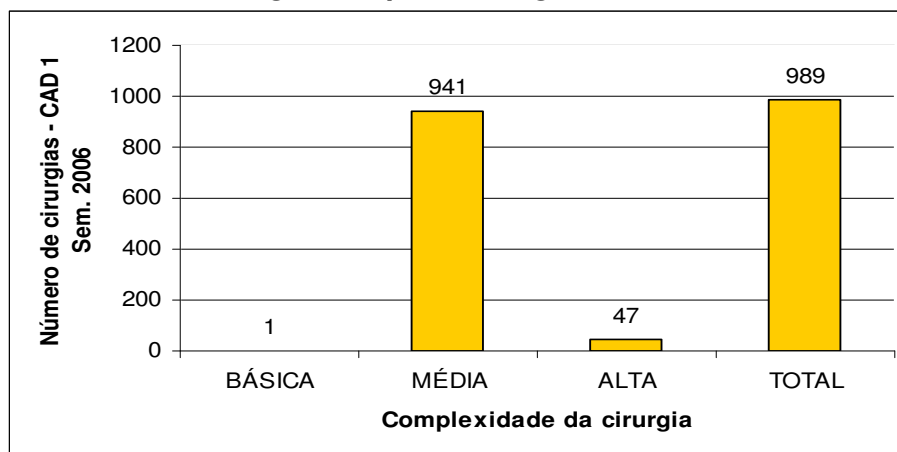
A missão da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR é prestar assistência acreditada a pacientes que necessitam de tratamento na especialidade de cirurgia do aparelho digestivo, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e extensão.

Conforme relatado anteriormente, a unidade é campo de ensino para diversos cursos de nível médio e superior na área de saúde. Em 2007, há previsão de que

166 alunos realizem estágios e aulas práticas na unidade, representando 25% do total de alunos no HC/UFPR.

A enfermeira administrativa é responsável pela gerência da unidade. Em 2006, foram realizadas 989 cirurgias na CAD. Desse total, 47 cirurgias foram classificadas de alta complexidade (4,75%), 941 de média (95,15%) e uma cirurgia de baixa complexidade (0,10%). Esses dados reforçam a característica de hospital de referência para casos de média e alta complexidade no estado. O Gráfico 1 demonstra a distribuição numérica e de complexidade das cirurgias na unidade, em 2006.

**Gráfico 1 – Distribuição numérica e de complexidade das cirurgias realizadas a pacientes da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2006**



Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessoria de Planejamento e Custos, 2007d.

### **5.3.1 Caracterização do perfil dos pacientes internados na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR**

A aplicação do Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) a uma amostra de 84 pacientes entre os 114 internados no mês de Agosto de 2007, na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, teve como finalidade avaliar a carga de trabalho de Enfermagem dessa unidade para o posterior dimensionamento de pessoal. Ao todo foram realizadas avaliações de 89 pacientes, tendo em vista o fato de que cinco deles reinternaram na unidade, logo, foram

considerados como novas internações. A amostra representou 78,07% do total de internações ocorridas no referido mês.

O perfil dos pacientes que internaram na unidade pôde ser caracterizado mediante a análise dos dados de identificação obtidos pela aplicação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE VIII), assim como pela análise documental (registros da unidade).

A caracterização dos pacientes ressalta que 61,9% deles (52) residem em Curitiba-Pr, 25% (21) residem na região metropolitana de Curitiba, 11,9% (dez) são provenientes do interior do Estado do Paraná, 1,2% (um) de outro estado.

O HC/UFPR é o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Paraná, que tem estimativa populacional de 10.511.862 habitantes para o ano de 2007, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007). O hospital assiste prioritariamente pacientes de Curitiba e região metropolitana, e os dados obtidos na pesquisa corroboram dados da instituição, que demonstram que a maioria dos pacientes que internam no hospital reside em Curitiba (56%), na região metropolitana (29%) e interior do estado (11%) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007c).

Com relação ao gênero, 61,9% (52 pacientes) pertence ao sexo feminino e 38,1% (32 pacientes) ao sexo masculino, dados que evidenciam a disparidade quanto à porcentagem referente ao sexo dos pacientes, no momento da pesquisa. Dados do IBGE (2007) estimam que no Paraná, em 2007, 5.308.233 indivíduos sejam do sexo feminino e 5.203.629 indivíduos sejam do sexo masculino. Esses dados de caracterização da clientela subsidiam a Gerência do Serviço de Enfermagem para o planejamento da assistência no que se refere ao manejo e distribuição dos leitos, conforme o sexo, de modo a preservar a privacidade e segurança dos pacientes.

A caracterização da população por meio da pirâmide etária brasileira permite concluir que esta é típica de países subdesenvolvidos, pois apresenta base larga (grande crescimento vegetativo) e ápice estreito (baixa expectativa de vida). A pirâmide etária brasileira modificou sua apresentação, através do alargamento do ápice e estreitamento da base; devido às modificações no modo de vida, planejamento familiar, urbanização das cidades, melhores condições de acesso aos serviços de saúde, dentre outros (IBGE, 2000), conforme pode ser observado no

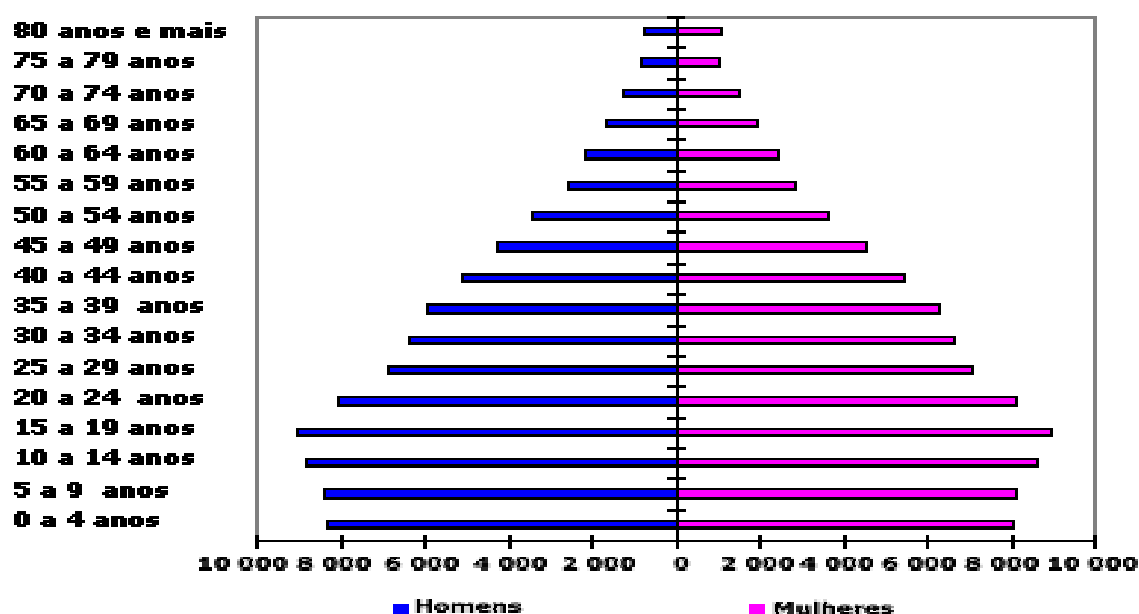


Gráfico 2.

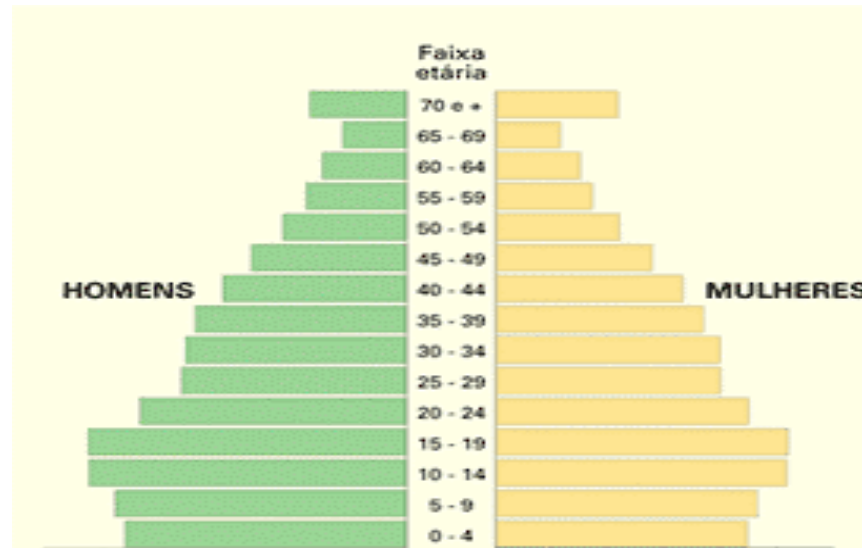
### Gráfico 2 - Pirâmide etária do Brasil. Ano base 2000

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000).

Com relação à idade dos participantes da pesquisa, a média foi de 47,55 anos. Para realizar tal cálculo, foram consideradas os 84 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assim como as reinternações de quatro deles, totalizando 89 pacientes, pois para efeito estatístico, foram considerados como novas internações. Os pacientes que tinham idade entre 16 e 40 anos representaram 39,33% do total. 44,94% tinham entre 41 e 69 anos e 15,73% dos participantes tinham entre 70 e 88 anos.

A pirâmide paranaense indica que em sua base há a população jovem; a porção intermediária indica a população adulta e o ápice representa a população idosa, havendo predomínio da população jovem, conforme ilustra o Gráfico 3. A caracterização da idade dos pacientes da CAD coincide com a pirâmide do estado, pois a maioria deles concentra-se em faixa etária de idade produtiva.

**Gráfico 3 - Pirâmide etária do Paraná – Ano base 2000**



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000).

Quanto à procedência dos pacientes, houve predomínio de pacientes procedentes do domicílio (63,09% - 53 pacientes), os quais tiveram suas cirurgias e data de internação previamente agendadas, e aguardaram em lista de espera até serem contatados por telefone. Essa programação da equipe médica pode subsidiar o planejamento de cuidados de Enfermagem, pois a previsão do tipo de cirurgias que serão realizadas auxilia a distribuição de recursos humanos de Enfermagem em cada turno, assim como possibilita a previsão de insumos e materiais para o cuidado. Para que esse processo de previsão possa acontecer, é necessário que a comunicação entre a enfermeira e a equipe médica seja estabelecida de modo a facilitar essa troca de informações beneficiando, sobretudo o atendimento ao paciente.

Os pacientes advindos do Pronto Atendimento (PA) do HC/UFPR representam a demanda espontânea que procura atendimento no hospital. No caso

da amostra desse estudo 28,58% (24 pacientes) provieram do PA. Esses pacientes deveriam ser encaminhados pelas Unidades 24 horas em que foram cadastrados, por meio de contato com a Central de Leitos. Entretanto, essa procura espontânea pode ser correlacionada com o motivo da internação desses pacientes, tendo em vista que se tratava de agravos de saúde agudos ou que necessitavam de atendimento no curto prazo (apendicite aguda, pancreatite, colecistite agudas, deiscência de sutura, carcinoma gástrico, sub-oclusão intestinal, dentre outras patologias).

Os restantes 3,57% (três) vieram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, da UTI do HC/UFPR 1,19% (um paciente) e do Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI) 1,19% (um); vindo de outro hospital 1,19% (um paciente), e 1,19% (um) de outra unidade de internação do próprio hospital.

Com relação ao tipo de internação, detectou-se que 95,24% (80) foram internados para tratamento cirúrgico e 4,76% (4) realizaram tratamento clínico. Esses números reafirmam a característica da unidade como sendo predominantemente destinada a casos em que a intervenção cirúrgica se faz necessária, embora por algum motivo, não pesquisado, possa haver internações clínicas.

No entanto, do total de pacientes avaliados, 85,71% (72) foram submetidos a cirurgia, 11,90% (10) não foram submetidos a procedimento cirúrgico e 2,39% (2) permaneceram aguardando conduta médica ao término da coleta de dados para essa pesquisa. A não realização das cirurgias deveu-se ao fato de que foram avaliados os riscos para o paciente, sendo então decidido pela equipe médica e pelo paciente a não realização do procedimento.

Para que o paciente possa ser submetido a qualquer cirurgia é necessário que se submeta à avaliação de anesthesiologista a fim de que seja determinado o seu risco cirúrgico. A *American Society of Anesthesiologists* sugere o uso de um algoritmo na avaliação do risco cirúrgico, cujos principais componentes são: a natureza da condição clínica pré-operatória do paciente e a natureza do procedimento a que será submetido (CHAVES; SCHÖNELL, 2007).



Essa avaliação é baseada no histórico do paciente, seu estado geral, exame físico, avaliação de exames pré-cirúrgicos e cirurgias anteriores a que foi submetido. Essa avaliação permite que se determine a chance de ocorrência de complicações no momento da cirurgia, tendo por base também o grau de agressão da cirurgia, o trauma tecidual e perdas sangüíneas que podem ocorrer. O paciente recebe uma classificação de sua condição, que pode ser observada no Quadro 9.

**Quadro 9 – Classificação da condição dos pacientes para a avaliação do risco cirúrgico, segundo a *American Society of Anesthesiologists (ASA)***

Classe	Descrição
ASA I	Paciente hígido, saudável.
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve ou moderada, sem limitação funcional.
ASA III	Paciente com doença sistêmica grave com limitação funcional, mas não incapacitante.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica grave e incapacitante.
ASA V	Paciente moribundo, sem esperança de vida por mais de 24 horas, com ou sem cirurgia.

FONTE: Chaves; Schönell (2007).

Dos 69 pacientes da CAD submetidos à cirurgia, 27,54% (19) foram avaliados com risco cirúrgico ASA I, 46,38% (32) tinham risco ASA II, 10,14% (7) foram classificados com ASA III. O dado de risco anestésico de 15,94% (11) dos pacientes que foram submetidos à cirurgia não estava disponível pela dificuldade em encontrar os prontuários ou pela inexistência desse dado nos mesmos. Contudo, 17,85% (15) dos pacientes não foram submetidos à cirurgia devido à complexidade do seu estado de saúde, e 2,38% (dois) continuaram internados na unidade, ao término da coleta de dados, aguardando conduta médica.

Dados relativos ao risco cirúrgico subsidiam tanto o trabalho médico como da Enfermagem perioperatórios, e também fornecem informações para que seja observada com mais critérios a recuperação do paciente no período pós-operatório imediato e tardio.

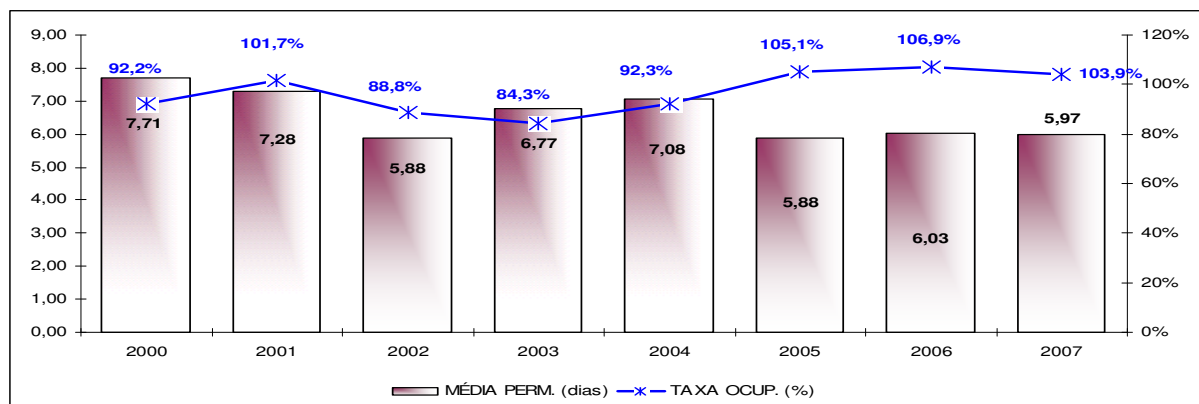
A média de permanência dos pacientes da amostra foi de 5,5 dias na unidade. No entanto, a média de permanência geral dos pacientes da CAD em Agosto de 2007, calculada pela Assessoria de Planejamento e Custos (Hospital de

Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2007e) foi de 4,39 dias, pois foram considerados os 114 pacientes internados no mês. Contudo, a média de permanência geral dos pacientes no HC/UFPR foi de 6,51 dias.

Da totalidade de pacientes avaliados, 83,33% (70) tiveram média de permanência entre um e sete dias de internamento, com predomínio de um dia 30,95% (26), seguido de dois dias e três dias de internamento 33,33% (28).

Para 7,14% dos pacientes a média de permanência foi de 8 a 13 dias (6); e 8,33% (7) entre 17 e 28 dias, e 1,2% (1) com 80 dias de internação. O Gráfico 4 ilustra a evolução da média de permanência e taxa de ocupação na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de 2000 a 2007.

**Gráfico 4 - Evolução da média de permanência e taxa de ocupação na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de 2000 a 2007**



Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Assessoria de Planejamento e Custos. Relatório institucional, 2007e.

Os resultados apontam que, mesmo que a média geral de permanência na CAD seja baixa, há pacientes que permanecem vários dias da unidade. O tempo de internação pode revelar: a baixa resolubilidade da assistência; a complexidade do estado de saúde do paciente; ou, a falta de infra-estrutura da instituição. Contudo, independentemente do motivo da maior permanência dos pacientes na unidade, estes requerem permanentes cuidados de Enfermagem.

Com relação ao tipo de saída dos pacientes da unidade, as altas representaram 92,85% (78) das saídas, e 3,57% (3) dos pacientes foram encaminhados a outras unidades de internação do HC/UFPR. Foram transferidos

para a UTI 2,38% (2) deles, e 1,19 % (1) foi a óbito. Portanto, pode-se inferir que foi elevada a resolubilidade dos pacientes internados.

Ao sintetizar, pode-se afirmar quanto ao perfil da clientela da CAD, a partir da amostra de 89 pacientes, que na unidade predominam pacientes do sexo feminino (61,9%), residentes em Curitiba (61,0%) e que internam para cirurgia eletiva e que foram chamadas em seu domicílio para internarem no momento oportuno (63%), para a realização de sua cirurgia. Predominam pacientes com doenças sistêmicas leves ou moderadas, sem limitação funcional, com ASA II (44,44%) e permanecem, em média, 5,5 dias na unidade. O tipo de saída predominante é por alta hospitalar (92,85%) (QUADRO 10).

**Quadro 10 - Caracterização do perfil dos pacientes internados na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR no período vespertino do mês de Agosto de 2007, conforme sexo, local de residência, procedência, tipo de internação, risco cirúrgico e tipo de saída, 2007**

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	52	61,9%
Masculino	32	38,1%
<b>Residência</b>		
Curitiba – Pr	52	61,9%
Região Metropolitana	21	25%
Interior do Estado	10	11,9%
Outros Estados	01	1,19%
<b>Procedência</b>		
Casa (internamento agendado)	53	63%
Pronto Atendimento	24	28,57%
Unidade Básica de Saúde	03	3,57%
UTI/CTSI	02	2,38%
Outro hospital	01	1,19%
Outra unidade de internação	01	1,19%
<b>Tipo de internação</b>		
Cirúrgica	80	95,23%
Clínica	04	4,76%
<b>Risco cirúrgico</b>		
ASA I	19	27,54%
ASA II	32	46,38%
ASA III	7	10,14%
Ausência de dado	11	15,94%
<b>Tipo de saída da CAD</b>		
Alta	78	92,85 %
Unidade de internação	03	3,57%
Unidade de Terapia Intensiva	02	2,38%
Óbitos	01	1,19 %

### **5.3.2 Processo de cuidar em Enfermagem na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo**

O paciente internado na Unidade Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) é o principal objeto do processo de cuidar da Equipe de Enfermagem desta unidade, visto sob todas as suas dimensões. Nesse contexto, considera-se que para esta equipe o paciente

[...] não se caracteriza apenas como um corpo biológico, mas sim, como um corpo dotado de consciência e inserido numa trama de relações sociais; em suma, é síntese dos processos biológicos, psíquicos, sociais e históricos. Mesmo conformando certa unicidade/ individualidade, cada qual contém na sua essência a característica de ser humano, o que faz com que o homem carregue consigo a eterna necessidade de cuidado - no processo de viver saudável, de adoecer e de morrer-, que por sua vez requer uma prática para satisfazê-la (MARTINS; PRADO; SCHMIDT, 2006, p.20).

Contudo há que se salientar que os próprios profissionais da CAD devem ser compreendidos pela Equipe de Enfermagem segundo essa mesma perspectiva de integralidade e eterna necessidade de cuidado.

A finalidade imediata do processo de cuidar na CAD é atender as necessidades de cuidado desses pacientes internados, de modo integral. Conseqüentemente são realizadas atividades de cuidado direto e indireto.

O quadro de pessoal da CAD no mês de janeiro de 2007 era composto por 22 profissionais, dentre eles: duas enfermeiras (9,08%), cinco técnicos (22,72%) e 15 auxiliares de Enfermagem (68,19%). Entretanto, em agosto de 2007 o quadro se apresentou defasado em 13,63% em relação a Janeiro: com duas enfermeiras (10,52%), três técnicos (15,80%) e 14 (73,70%) auxiliares de Enfermagem, totalizando 19 profissionais (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007f).

A comparação entre os quadros de pessoal desses meses exemplifica a ocorrência de variação no quantitativo e na qualificação de profissionais de Enfermagem na CAD, e a impossibilidade de substituição destes diante da eventualidade de se afastarem da unidade em decorrência de motivos diversos, tais

como: remanejamento interno, pela necessidade de cobertura de outros serviços, e afastamentos. Essa variação pode ser observada em detalhes no Quadro 11.

**Quadro 11 - Distribuição quantitativa e percentual de profissionais de Enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, segundo categoria, por turno, de Janeiro e Agosto/2007**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Mês: Janeiro/2007</b>	<b>Manhã</b>		<b>Tarde</b>		<b>Noite</b>		<b>Total</b>	
<b>Enfermeira</b>		1	4,55%	1	4,55%	0	0	9,08%	2
<b>Técnico de Enfermagem</b>		4	18,18%	0	0	1	4,55%	22,73%	5
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>		3	13,64%	4	18,18%	8	36,36%	68,18%	15
<b>Total</b>		8	36,37	5	22,73%	9	40,91%	100%	22
<b>Categoria profissional</b>	<b>Mês: Agosto/2007</b>	<b>Manhã</b>		<b>Tarde</b>		<b>Noite</b>		<b>Total</b>	
<b>Enfermeira</b>		1	5,26%	1	5,26%	0	0	10,53%	2
<b>Técnico de Enfermagem</b>		2	10,53%	0	0	1	5,26%	15,79%	3
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>		3	15,79%	3	15,79%	8	42,11%	73,69%	14
<b>Total</b>		6	31,58%	4	21,06%	9	47,37%	100%	19

Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Escalas de trabalho da CAD (2007f).

Os critérios adotados para a distribuição dos profissionais, por turno, levam em conta o volume e a dinâmica de trabalho da unidade. De acordo com a enfermeira do turno matutino, este é o que concentra mais atividades, por se tratar do período em que são realizados banhos, curativos, coletados exames laboratoriais, e há a presença de alunos desempenhando suas aulas práticas ou estágios na unidade (de Enfermagem, Nutrição, Medicina, entre outros). Desta forma, parece haver uma demanda maior de atividades de Enfermagem no turno da manhã, que no turno da tarde e da noite, o que requer um maior número de profissionais na CAD no período matutino.

O método de organização da assistência de Enfermagem adotado na CAD é o método integral, no qual cada profissional assume todos os cuidados que o paciente sob seu cuidado requer. A divisão do trabalho é realizada no início de cada plantão, e um dos membros da Equipe de Enfermagem elabora a escala diária de atividades, adotando o critério de rodízio conforme as condições dos pacientes, a fim de que não haja sobrecarga de trabalho para alguns e perda da produtividade para outros.

Conseqüentemente, o profissional que ficar com pacientes que demandam cuidados mais complexos e freqüentes cuidará de um número menor de pacientes, assim como, quem cuidar de pacientes que requeiram cuidados mais elementares e esporádicos, assume um maior número de pacientes no turno.

Diante da alocação de pessoal aprovada atualmente pela administração do hospital para a unidade, a divisão técnica do trabalho implica que as atividades gerenciais sejam realizadas pelas enfermeiras, e o cuidado aos pacientes seja realizado tanto pelas enfermeiras quanto pelos profissionais de nível técnico e médio. As atividades realizadas pelos profissionais de Enfermagem, descritas nessa seção, foram observadas no período de coleta de dados pelo pesquisador, e muitas delas foram obtidas mediante consulta a documentos informais da unidade, ou foram informadas pelas enfermeiras.

De acordo com uma das enfermeiras da CAD, as ações que lhes competem, e que se referem ao gerenciamento da unidade, englobam diversas atividades administrativas, tais como: i) passagem de plantão com a Equipe de Enfermagem e com a equipe médica; ii) elaboração de escalas de trabalho, férias e de atividades diárias; iii) supervisão da Equipe de Enfermagem; iv) solicitação de exames para controle de infecção hospitalar; v) gerenciamento de leitos para internação; vi) impressão de relatórios; vii) autorização de acompanhantes para pacientes; viii) autorização de visitas ao paciente fora do horário permitido; ix) organização do setor; x) requisição de materiais e insumos; xi) conferência de materiais e instrumentos quanto a suas condições de uso; xii) supervisão da limpeza; xiii) solicitação de manutenção predial; xiv) controle de folha ponto dos profissionais; e, xv) solicitação e controle de horas-extras na unidade.

Segundo a informante, as competências que todos os profissionais de Enfermagem da CAD precisam ter são: i) conhecimento técnico-científico; ii) disponibilidade para o trabalho; iii) capacidade de trabalhar em equipe; e, iv) bom relacionamento interpessoal com o paciente, com os residentes e com os outros profissionais.

Em sua opinião, para que as enfermeiras possam realizar suas atividades gerenciais eficientemente, necessitam desenvolver as competências gerenciais para

a liderança; administração de conflitos; planejamento; coordenação; controle e organização da unidade (previsão, provisão e manutenção dos recursos materiais); gestão de recursos humanos, e do processo de trabalho como um todo. Outrossim, em relação à administração de recursos humanos destacou, além da liderança e supervisão da Equipe de Enfermagem, a participação da enfermeira no processo de cuidar como competências requeridas das enfermeiras.

Atualmente, não existe Metodologia da Assistência de Enfermagem com todas as fases implantadas na unidade. Porém, como descrito em capítulo anterior, há um projeto em andamento em parceria com o Departamento de Enfermagem da UFPR, que busca a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em algumas unidades de internação do HC/UFPR, incluindo a CAD.

A atuação conjunta das enfermeiras com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no aprimoramento de rotinas, assim como a supervisão de seu cumprimento por profissionais de saúde são essenciais para a unidade, segundo a informante. Ademais, ressaltou que lhes compete a realização de treinamento sobre a dinâmica de trabalho, relativo às rotinas e técnicas comumente realizadas da unidade, a fim de que as atividades de cuidado direto ao paciente sejam qualificadas. Nesse sentido, a Unidade de Administração de Pessoas (UAP) também promove, periodicamente, cursos de atualização e aperfeiçoamento para os profissionais de Enfermagem do HC/UFPR, mas não específicos para a unidade.

Nesse cenário, cabe adicionalmente às enfermeiras desenvolver habilidade no acompanhamento e supervisão de alunos de ensino médio e de graduação em Enfermagem, por tratar-se de um hospital universitário.

No processo de observação sistemática do processo de cuidar, a pesquisadora constatou limitações das condições de trabalho da Enfermagem, a exemplo de carência de materiais de consumo (tais como: agulhas de insulina, algodão, fita crepe, fitas para teste glicêmico, canetas, termômetros, soro fisiológico de 100 ml, entre outros), bem como de equipamento (esfigmomanômetro). Ausências não previstas de profissionais de Enfermagem também foram observadas, o que incorreu em sobrecarga para os que compareceram ao trabalho.



Em 2006, durante o desenvolvimento da disciplina do Programa de Mestrado, denominada 'Vivências na Prática Assistencial', a pesquisadora realizou uma pesquisa na CAD com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado de Enfermagem prestado aos pacientes, tanto na ótica do paciente, quanto na ótica do profissional de Enfermagem.

Um dos objetivos específicos do estudo visava identificar, a partir das respostas dos profissionais de Enfermagem, as suas potencialidades e fragilidades no provimento de cuidados tendo em vista a qualidade. Obteve-se o aceite de nove profissionais (45%) para participar da pesquisa. À época, desenvolviam atividades nos turnos matutino e vespertino.

Os resultados evidenciaram que para 44% dos profissionais há suprimento adequado de materiais para o cuidado na CAD. Entretanto, 66% revelaram que esse suprimento não é adequado. Dentre esses, 22% dos profissionais consideram que os materiais para realizar a assistência não são supridos do ponto de vista da qualidade, e para 33% esse suprimento ocorre parcialmente.

Com relação ao suprimento de materiais sob o ponto de vista da quantidade necessária ao cuidado, 33% dos profissionais considera que o suprimento não é adequado. Para 11% dos respondentes este suprimento ocorre parcialmente, e um profissional não respondeu. Assim, o déficit de suprimento de materiais foi evidenciado pelos funcionários tanto do ponto de vista de quantidade como de qualidade para a prestação do cuidado.

Quando questionados sobre a estrutura física, 22% dos profissionais acreditam que a unidade possui estrutura física adequada para o atendimento aos pacientes. Para outros 22% a estrutura não é adequada e, para 45% deles, a estrutura atende parcialmente às necessidades da unidade. Não responderam a esse item, 11% dos profissionais. Logo, a inexistência de estrutura física adequada para o atendimento dos pacientes foi refletida nas respostas dos profissionais, levando em conta o perfil de pacientes cuidados por eles na unidade.

No entendimento de Mazur (2006, s.p) “[...] a previsão de materiais deve ser realizada conforme o volume de trabalho estimado na unidade, assim como a

enfermeira deve procurar participar nos processos decisórios de inspeção e compra de materiais com qualidade”.

No tocante a ausências não previstas que incorrem em sobrecarga para os que compareceram ao trabalho, este fato foi evidenciado a partir da análise das escalas mensais de trabalho da CAD, no período de Agosto de 2006 a Agosto de 2007, bem como no período em que houve greve dos servidores técnico-administrativos do hospital. De acordo com dados disponibilizados pelo Serviço de Avaliação e Perícia de Saúde (SAPS), no período de janeiro a Setembro de 2007 houve 752 dias de ausências de profissionais da unidade, considerando as licenças e atestados por motivos de saúde. Dados de períodos anteriores não puderam ser disponibilizados pelo SAPS por questões internas do serviço. Não foram localizados nas escalas mensais da unidade registros referentes a faltas não justificadas (UFPR, 2007b).

Situações como essas têm implicações no processo de cuidar e repercutem no dimensionamento de pessoal para a unidade. Em relação à primeira, a falta de materiais e equipamentos pode incorrer em omissão ou atraso do cuidado ao paciente, assim como, demanda suplementar de horas de Enfermagem no aguardo ou busca eventual de materiais emprestados de outras unidades de internação do hospital. Já em relação ao absenteísmo, as conseqüências podem ser também a omissão ou atraso do cuidado ao paciente, a sobrecarga de trabalho, assim como a demanda suplementar de horas-extras de profissionais desta ou das demais unidades.

#### **5.3.2.1 Atividades dos profissionais no processo de cuidar**

No processo de cuidar na CAD os profissionais realizam atividades de cuidado direto e indireto. No contexto desse trabalho, atividades de cuidado direto são aquelas realizadas à beira do leito. Na CAD, as atividades de cuidado direto mais freqüentemente realizadas pelos profissionais de Enfermagem referem-se a: verificação de sinais vitais, cuidados com higiene, administração de medicações, cuidados com curativos, cuidados com drenos e sondagens, realização de lavagem intestinal, cuidados a pacientes com ventilação mecânica e/ ou traqueostomia, orientações diversas ao paciente e aos familiares, entre outras.

### **5.3.2.1.1 Atividades de cuidado direto**

Os cuidados com a higiene aos pacientes (banho, higiene íntima) são realizados diariamente e sempre que necessário; desde encaminhamento ao banho, ou realização deste, caso a condição do paciente não o permita, podendo haver também orientação aos familiares.

A administração de medicamentos é atividade de cuidado direto realizado diariamente aos pacientes da unidade. As vias de administração para as medicações compreendem: i) via oral; ii) via intramuscular; iii) via subcutânea; iv) via tópica; e, v) via inalatória; e, v) via endovenosa periférica e central, nas quais são realizados curativos na inserção do cateter. A retirada de cateter central é realizada prioritariamente pelas enfermeiras, no entanto, essa atividade também é realizada pelos profissionais de nível médio, quando não há enfermeira na unidade (à noite e aos fins de semana).

Muitos pacientes da CAD freqüentemente necessitam utilizar drenos no período pós-operatório. Os mais comumente utilizados são o de Kher e os drenos de sucção (Suctor<sup>®</sup>), que visam drenar as coleções de sangue ou outras secreções que possam se formar no abdômen. A Equipe de Enfermagem avalia a condição da inserção dos drenos, realiza os curativos, assim como verifica o débito em cada turno, registrando os dados obtidos.

Por tratar-se de pacientes com afecções do aparelho digestivo, a utilização de sonda nasogástrica é comum na unidade. Sua inserção é atribuição prioritária das enfermeiras, contudo, também é feita pelos técnicos e auxiliares da equipe nos períodos noturnos e finais de semana. Os cuidados a pacientes com sonda nasogástrica referem-se à verificação da permeabilidade da sonda, sua adequada fixação, e à administração da dieta, quando prescrita.

Similarmente à inserção da sonda nasogástrica, a inserção de sonda vesical de demora é atribuição das enfermeiras. Na ausência delas, os demais membros da Equipe de Enfermagem realizam esse procedimento. Os cuidados de Enfermagem a pacientes com sonda vesical de demora visam avaliar sua fixação, permeabilidade e

sinais de infecção, assim como realizar o controle do débito urinário a fim de avaliar a função renal dos pacientes.

Eventualmente na unidade, há pacientes que necessitam de ventilação mecânica. Os cuidados a esses pacientes são realizados por toda a Equipe de Enfermagem, porém, os cuidados de maior complexidade são realizados pelas enfermeiras da CAD. Na ausência destas, os técnicos e auxiliares os realizam. Os cuidados com a ventilação mecânica são relativos à aspiração e fixação da cânula e higiene oral.

Além dos cuidados diretos para a manutenção e restauração da vida citados, a Equipe de Enfermagem da unidade realiza cuidados de apoio psicológico e espiritual aos pacientes e familiares, de modo a atendê-los na maioria de suas dimensões: física, psíquica e espiritual. Desenvolvem também atividades educativas com o paciente e seus familiares, relativas aos cuidados necessários após a alta, uma vez que muitos pacientes saem do hospital portando drenos, sondas, cateteres, colostomias, ou requerem curativos e/ou dietas especiais.

Para identificar o perfil da clientela usuária da unidade e posteriormente realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, foi necessária a adoção de um Sistema de Classificação de Pacientes. Foram aplicados os SCP's de Perroca (2000) e Fugulin (2002) por três dias consecutivos, a três pacientes, escolhidos aleatoriamente, totalizando nove observações. Contudo, foram constatadas divergências entre a classificação dos pacientes pelos dois sistemas. Evidenciou-se que, enquanto com o SCP de Fugulin (2002) classificavam-se pacientes como de cuidado intermediário, com o SCP de Perroca classificavam-se pacientes na categoria de cuidados mínimos. Porém, não houve diferenças entre os dois sistemas de classificação quanto à classificação de pacientes avaliados como de cuidados semi-intensivos e mínimos.

O resultado do estudo-piloto coincidiu com os do estudo de Silva e Fugulin (2005), em que foram classificados 54 pacientes internados em uma Clínica Médica, totalizando 175 classificações. Seus resultados revelaram correspondência entre os instrumentos de Fugulin (2002) e Perroca (2000) no tocante à categoria de cuidados mínimos. No entanto, em relação às demais categorias de cuidado, verificou-se que

não houve similaridade no resultado das classificações, apesar de que os itens que determinaram maior complexidade assistencial dos pacientes tenham sido os mesmos nos dois instrumentos. Portanto, as autoras concluíram que o instrumento de Perroca subdimensiona as classificações realizadas aos pacientes, quando estas são comparadas ao de Fugulin (2002).

Logo, optou-se pela escolha do instrumento do Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) para a coleta de dados desta pesquisa, que ocorreu a partir do dia primeiro de agosto de 2007, no período vespertino. Contudo, ainda nos cinco primeiros dias de coleta de dados, foram realizadas, concomitantemente, 54 observações de pacientes por meio dos dois instrumentos de SCP. Esta abordagem justificou-se pelo interesse do pesquisador confirmar, em uma amostra maior, se a aplicação dos dois instrumentos a pacientes da CAD corresponderiam ao mesmo resultado da aplicação a pacientes da Clínica Médica, conforme estudo de Silva e Fugulin (2005).

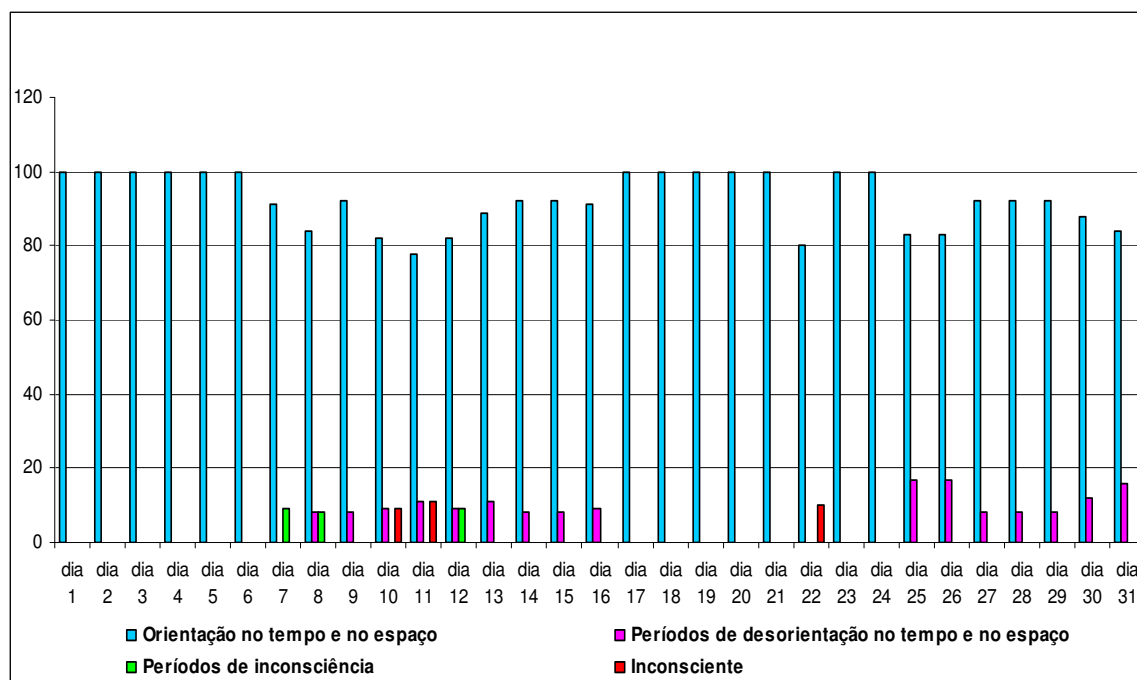
O Quadro 3 (Apêndice I) registra a classificação dos pacientes neste período, segundo os dois sistemas. Observam-se também divergências na classificação entre os dois SCP, e ainda que estão relacionadas ao fato de que o de Fugulin (2002) classifica os pacientes da CAD em categorias de cuidados de Enfermagem mais complexos, se comparadas às categorias do SCP de Perroca (2000). Entre as 52 observações realizadas, em 16 delas (30,7%) os pacientes foram classificados em categorias que exigiam mais tempo de dedicação da Enfermagem quando aplicado o instrumento de SCP de Fugulin, quando comparados com a classificação do SCP de Perroca. Os dados confirmam que as conclusões do estudo de Silva e Fugulin (2005) em relação à aplicação dos instrumentos para classificar pacientes de Clínica Médica são as mesmas em relação à classificação de pacientes internados na CAD, corroborando a opção pela escolha do instrumento de SCP de Fugulin (2002).

Para o adequado planejamento dos cuidados é necessário conhecer suas necessidades, para tanto, esse SCP permite realizar essa avaliação subsidiando o trabalho da enfermeira, e possibilita conhecer as horas de Enfermagem que esses pacientes necessitam. 84 pacientes da CAD foram avaliados num período de 31 dias, em 9 áreas de cuidado: i) estado mental; ii) oxigenação; iii) sinais vitais; iv) motilidade; v) deambulação; vi) alimentação; vii) cuidado corporal; viii) eliminação; e,

ix) terapêutica. A análise da aplicação do instrumento do SCP possibilitou evidências quanto às necessidades de cuidado desses pacientes.

Em relação à avaliação do estado mental dos pacientes, observa-se no Gráfico 5 que 100% dos pacientes estavam orientados no tempo e no espaço, em 13 dias (42%). Dez por cento dos pacientes, em média, apresentaram períodos de desorientação no tempo e no espaço, em 17 dias (55%), e 8,6% dos pacientes, em média, apresentaram períodos de inconsciência, em três dias (9,6%); e 10% dos pacientes, em média, apresentaram-se inconscientes, em outros três dias (9,6%). Portanto, percebe-se a variabilidade das condições do estado mental dos pacientes na CAD, fato que revela demandas por diferentes intensidades de cuidado de Enfermagem.

**Gráfico 5 - Distribuição percentual da avaliação do estado mental dos pacientes por dias do mês**

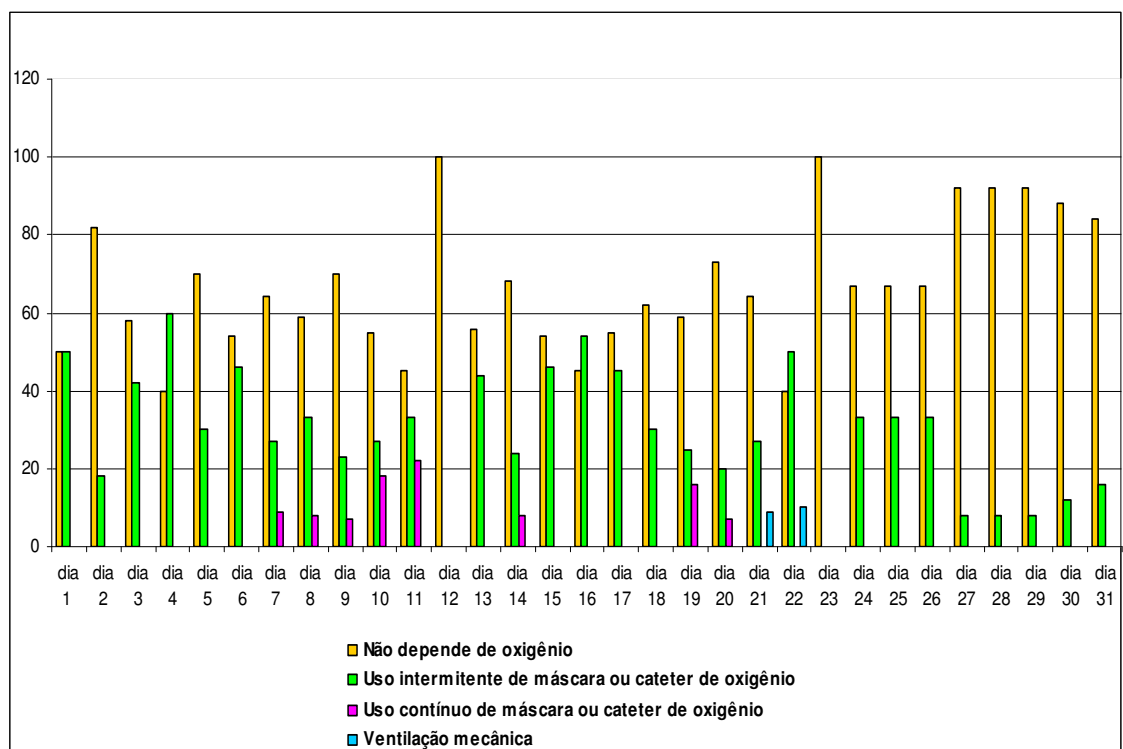


Em relação à avaliação da dependência de oxigenoterapia pelos pacientes, observa-se no Gráfico 6 que 100% dos pacientes não necessitavam de oxigenoterapia, somente em dois dias (6,4%). O uso contínuo de máscara ou catéter de O<sub>2</sub> foi requerido por 12% dos pacientes em média, em oito dias (26%), e

relacionado à administração de medicação inalatória. Há variabilidade da necessidade de oxigenoterapia, a exemplo de que, embora em dois dias do mês nenhum paciente dependeu desse tipo de cuidado, nos dias 21 e 22, 10% dos pacientes, em média, necessitaram de ventilação mecânica.

Todavia, a necessidade de ventilação mecânica é um fato inesperado para atendimento a pacientes em uma unidade de internação cirúrgica, mas que pode ser explicado pela alta demanda para internação em UTI, sem o compatível número de leitos disponíveis nessa unidade hospitalar. Ressalta-se o fato de que a CAD possui somente um respirador próprio, destinado a esse fim, necessitando de realizar empréstimo desse equipamento, quando necessário.

**Gráfico 6 - Distribuição percentual da avaliação da dependência de oxigenoterapia dos pacientes por dias do mês**

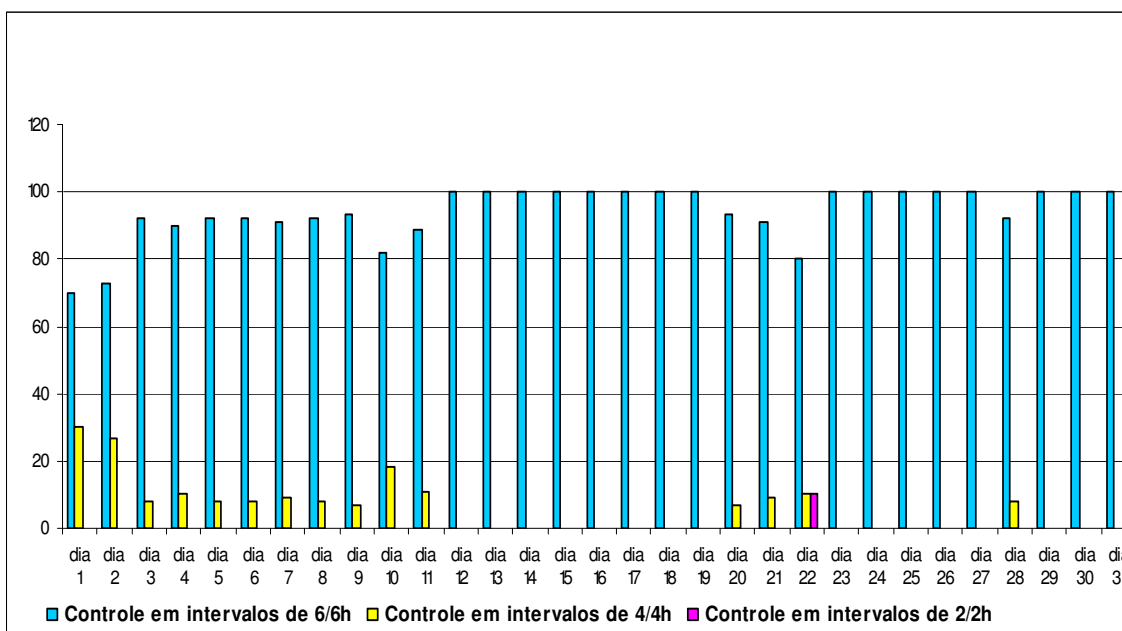


Em relação à avaliação dos intervalos de controle dos sinais vitais dos pacientes, observa-se no Gráfico 7 que foi prescrita verificação de sinais vitais a 100% dos pacientes, com intervalo de 6 em 6 horas, em 16 dias (51,6%). O controle dos sinais vitais com intervalo de 4 em 4 horas foi prescrito a 12% dos pacientes, em

média, em 15 dias (48,3%); e o controle em intervalo de duas em duas horas foi prescrito para 10% dos pacientes, em média, em apenas um dia do mês (3,2%).

No entanto, embora prescrita para intervalos menores, observou-se que a verificação dos sinais vitais foi realizada de 6 em 6 horas na maioria dos pacientes, por haver uma rotina da unidade para que os dados sejam verificados nesse intervalo de tempo. Em casos específicos, os sinais foram aferidos em intervalos menores devido a alterações do estado clínico do paciente, ou ao seu retorno do centro cirúrgico.

**Gráfico 7 - Distribuição percentual da avaliação da necessidade de controle dos sinais vitais dos pacientes por dias do mês**

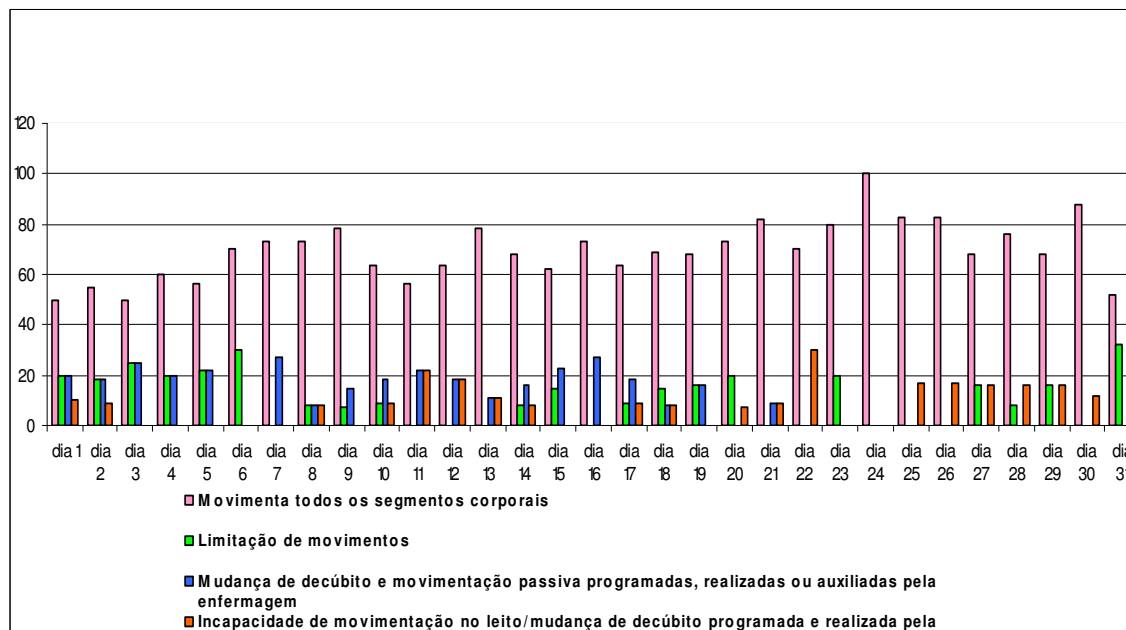


Em relação à avaliação da motilidade dos pacientes, observa-se no Gráfico 8 que 100% dos pacientes movimentavam todos os segmentos corporais, somente em um dia do mês. Dezesete por cento destes, em média, possuíam limitação de movimentos, em 20 dias (64%), e 13% em média, necessitavam de mudança de decúbito e movimentação passiva programadas pela Enfermagem, em 20 dias (64%). Treze por cento dos pacientes, em média, estavam incapacitados para movimentarem-se no leito e necessitavam de mudança de decúbito realizada pela Enfermagem, em 21 dias do mês (68%). Há evidências de que há variabilidade na



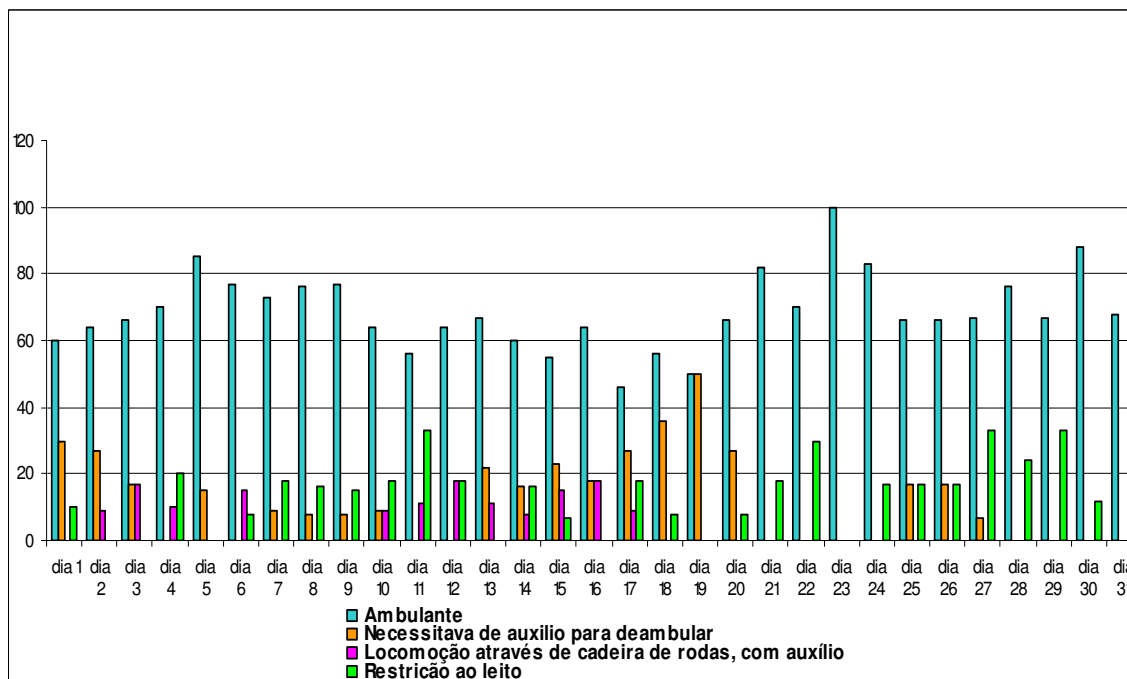
necessidade de auxílio da Enfermagem à motilidade entre os pacientes da amostra, visto que em oito dias do mês houve a ocorrência de pacientes que tinham limitação de movimentos, necessidade de mudança de decúbito e incapacidade de movimentarem-se, concomitantemente.

**Gráfico 8 – Distribuição percentual relativa à avaliação da motilidade dos pacientes por dias do mês**



A avaliação da capacidade de deambulação permite concluir que 69% dos pacientes, em média, eram independentes neste quesito, em 31 dias (100%). Vinte por cento dos pacientes, em média, necessitavam de auxílio para deambular, em 19 dias (61%). A necessidade de locomoção por meio de cadeira de rodas, com auxílio foi requerida por 18% dos pacientes, em média, em 11 dias (35%). Dezoito por cento dos pacientes, em média, estavam restritos ao leito, em 24 dias (77%). Salienta-se que nessas três últimas condições os pacientes requerem mais cuidados de Enfermagem, como: preservação da integridade cutâneo-mucosa, higiene, e relativos a eliminações, a exemplo do dia 22 em que 30% dos pacientes estavam restritos ao leito, conforme demonstra o Gráfico 9.

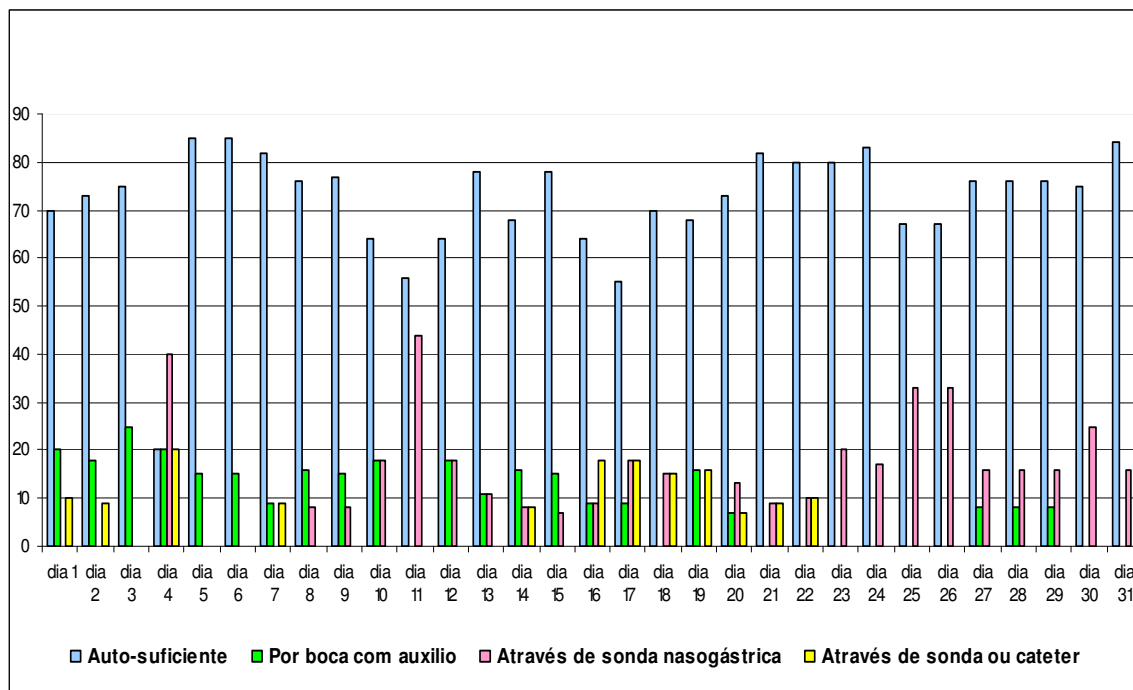
**Gráfico 9 - Distribuição percentual dos pacientes com relação à capacidade de deambulação nos dias do mês**



A avaliação da capacidade do paciente alimentar-se revelou que 72% dos pacientes, em média, eram auto-suficientes com relação a essa necessidade, em 31 dias (100%). Quatorze por cento dos pacientes, em média, alimentavam-se pela boca, mas necessitavam de auxílio para o atendimento dessa necessidade, em 21 dias (68%). A nutrição através de sonda nasogástrica foi requerida por 18% dos pacientes, em 24 dias (77%), e 18% dos pacientes necessitaram de uso de sonda nasogástrica ou cateter, em 12 dias (39%).

Há variabilidade entre os pacientes em relação à capacidade de alimentar-se. Observa-se, por exemplo, que no dia quatro 20% dos pacientes eram auto-suficientes, outros 20% necessitavam de auxílio na nutrição oral, para outros 20% a nutrição ocorria via sonda ou catéter venoso central e 40% através de sonda nasogástrica. Já no dia 23 somente 20% dos pacientes alimentavam-se através de sonda nasogástrica e os demais eram auto-suficientes (GRÁFICO 10).

**Gráfico 10 - Distribuição percentual relativa à capacidade de alimentação dos pacientes por dias do mês**

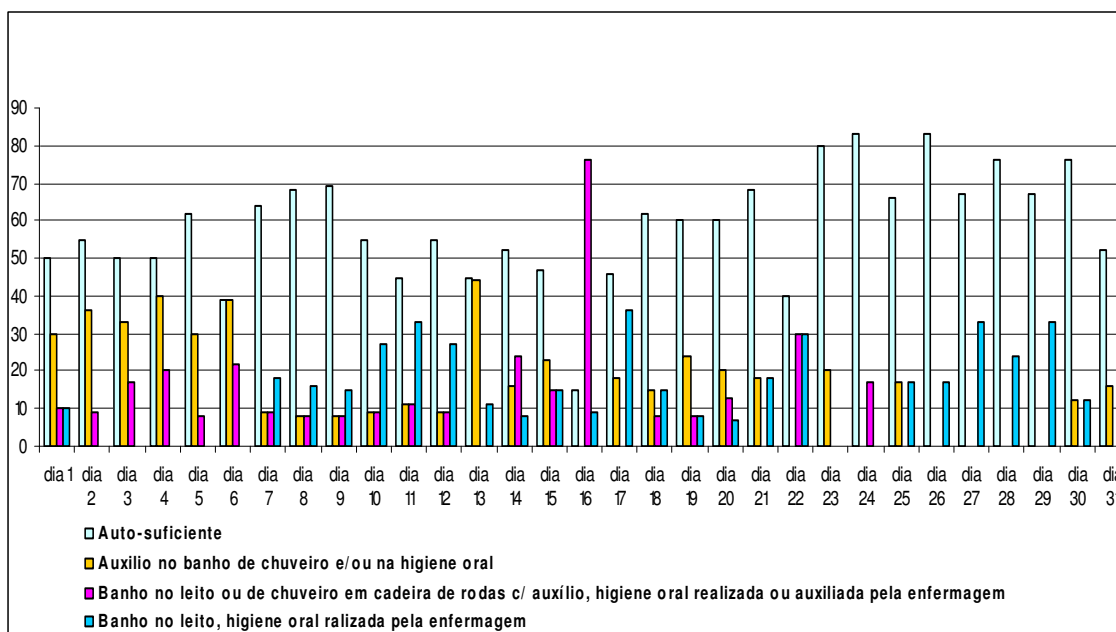


O Gráfico 11 demonstra que 58% dos pacientes, em média, eram auto-suficientes para a realização do cuidado corporal, em 31 dias (100%). No entanto, 21% dos pacientes, em média, necessitavam de auxílio no banho e/ou na higiene oral, em 24 dias do mês (77%). O banho no leito ou de chuveiro em cadeira de rodas, com auxílio, e higiene oral realizada pela Enfermagem, foi requerido por 16% dos pacientes, em média, em 20 dias (6%). O banho de leito e higiene oral realizados pela Enfermagem foram requeridos por 20% dos pacientes, em média, em 24 dias (77%).

A variação da necessidade de auxílio no cuidado corporal pode ser afirmada quando se observa que, no dia 11, havia pacientes que necessitavam de diferentes necessidades desse cuidado, enquanto que, no dia 24, 83% dos pacientes, em média, eram independentes da Enfermagem em relação a esse cuidado. Observou-se que, do total de pacientes avaliados nesse período, 24% deles tinha a presença de acompanhante durante a internação, seja pela justificativa de idade acima de 60 anos (13% desses pacientes) ou pela de situação de saúde que requeria maior vigilância. Observou-se também que, pelo fato do paciente ter acompanhante, a

atividade de auxiliá-lo na realização do cuidado corporal ficava ao seu encargo. Além disso, em mais de uma situação, foi observado que a acompanhante de uma paciente auxiliou a realização do cuidado corporal de outra paciente, internada na mesma enfermaria. A permissão de que esse cuidado seja realizado por acompanhantes pode ser reflexo do aumento da carga de trabalho a que a Equipe de Enfermagem está exposta, devido ao aumento da complexidade dos cuidados requeridos pelos pacientes que ali internam.

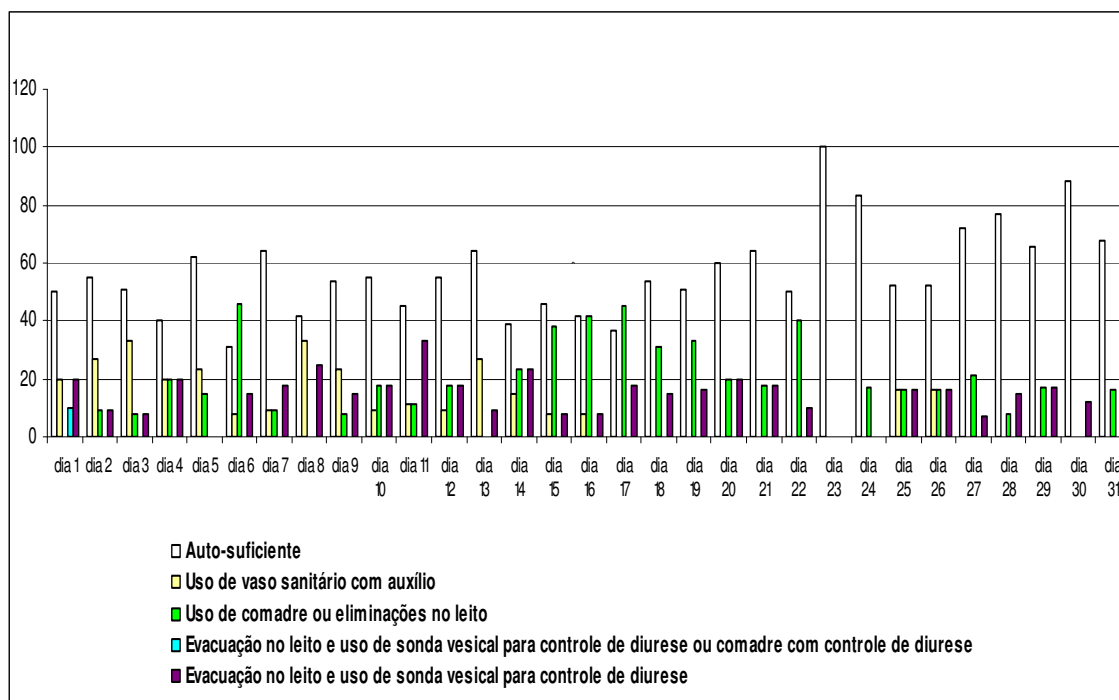
**Gráfico 11 - Distribuição percentual da capacidade de execução do cuidado corporal dos pacientes nos dias do mês**



Em relação à avaliação das eliminações, observa-se no Gráfico 12 que 57% dos pacientes, em média, eram auto-suficientes para suprir essa necessidade, em 31 dias (100%). Dezesete por cento dos pacientes, em média, fizeram o uso de vaso sanitário com auxílio, em 18 dias (58%). O uso de comadre foi requerido por 22% dos pacientes, em média, em 26 dias (84%). Para 10% dos pacientes, em média, a evacuação ocorreu no leito e com uso de sonda ou comadre para controle de diurese, em um dia. A evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese foi requerida por 16% dos pacientes, em média, em 28 dias (90%). Portanto,

pode-se afirmar a variabilidade da dependência dos pacientes em relação à Enfermagem para o atendimento das necessidades relativas a eliminações.

**Gráfico 12 - Distribuição percentual das avaliações referentes à dependência do paciente em realizar as eliminações, por dias do mês**

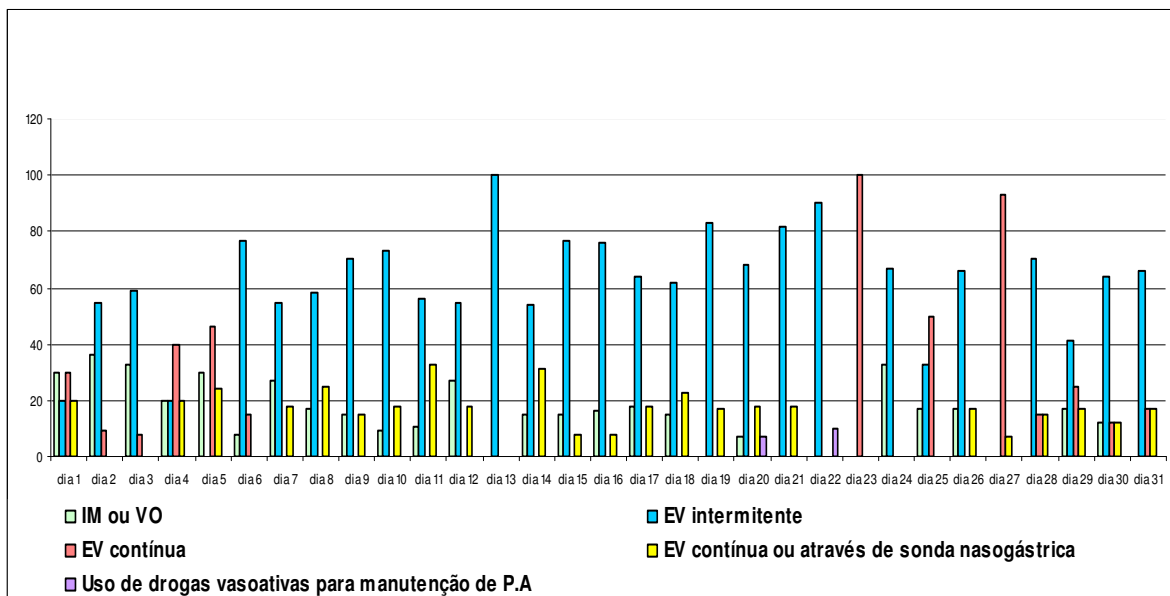


A avaliação da via ou do tipo de terapêutica prescrita aos pacientes é representada no Gráfico 13, no qual observa-se que: 18% dos pacientes, em média, receberam medicação intramuscular ou via oral, em 23 dias (74%). Noventa por cento dos pacientes, em média, receberam medicação intravenosa intermitente, em 28 dias (68%). Quarenta e dois por cento dos pacientes, em média, receberam medicação intravenosa contínua, em 13 dias (35%).

A administração de medicação endovenosa contínua ou através de sonda nasogástrica foi realizada a 74% dos pacientes, em média, em 23 dias (18%), e a administração de drogas vasoativas para a manutenção da pressão arterial foi realizada a 10% dos pacientes, em média, por dois dias (8%). A variabilidade do tipo de via ou tipo de terapêutica prescrita é explícita, a exemplo do dia 15, em que 15% dos pacientes necessitaram de medicação intramuscular ou via oral, 77% de medicação endovenosa intermitente e 8% de medicação endovenosa contínua, em

contraposição ao dia 23 em que 100% dos pacientes necessitaram de medicação endovenosa contínua.

**Gráfico 13 - Distribuição percentual da via ou do tipo de terapêutica dos pacientes por dias do mês**



Informações acerca das necessidades de cuidado e da dependência dos pacientes em relação à Enfermagem são relevantes subsídios para o planejamento da assistência da CAD, principalmente para o dimensionamento de pessoal. No entanto, cabe salientar que elas também são significativas para a tomada de decisão acerca da divisão técnica do trabalho, distribuição de atividades entre os membros da Equipe de Enfermagem, para a priorização de cuidados, provimento de materiais e equipamentos necessários, e outras condições indispensáveis para a realização do processo de cuidar.

#### 5.3.2.1.2 Atividades de cuidado indireto

Para a viabilização do cuidado direto aos pacientes, são realizadas na CAD atividades de cuidado indireto, que foram definidas para esse trabalho como todas as atividades realizadas pelos profissionais durante seu turno de trabalho, e que não são realizadas junto ao paciente, mas que são necessárias para a prestação do cuidado direto. Referem-se às atividades anteriores e posteriores ao cuidado direto, e estão relacionadas à organização e reorganização do ambiente, organização do

processo de trabalho, registros de dados e comunicações entre a equipe multiprofissional, interação com familiares, deslocamentos para obtenção de insumos, dentre outras.

Por sua vez, as atividades de cuidado indireto também demandam horas de trabalho da Equipe de Enfermagem. Portanto, o conhecimento detalhado destas atividades e de sua duração é necessário para que sejam contempladas no dimensionamento de pessoal as horas destinadas para sua realização.

Conseqüentemente, construiu-se um instrumento que foi validado pela Equipe de Enfermagem da CAD, a fim de realizar um levantamento acerca da ocorrência de atividades de cuidado indireto e sua frequência na unidade, uma vez que essas atividades não são contempladas no Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002).

O instrumento foi respondido por doze profissionais, dos turnos da manhã (sete), tarde (quatro) e noite (um) (APÊNDICE IX). É composto por quatro categorias, a saber: i) documentação; ii) atividades relacionadas à unidade; iii) tempo de espera; e, iv) outras atividades. A seguir, serão descritos os resultados obtidos.

A primeira categoria refere-se às atividades de 'documentação'. A totalidade (100%) dos respondentes do instrumento realiza anotações de Enfermagem. Já as atividades de 'revisão e avaliação da condição do paciente mediante leitura de dados registrados (prontuário e anotações de Enfermagem)' são realizadas sempre por 41,67% dos profissionais, às vezes por 50% destes, e um profissional (8,33%) não respondeu a este item. Contudo, a maioria dos respondentes (75%) sempre realiza as atividades de 'revisão e aprazamento de horários da prescrição médica', embora 16,67% destes indicaram que às vezes realizam estas atividades, e um profissional (8,33%) não respondeu a este item.

Em relação à atividade de 'preenchimento de impressos diversos (livro de registros, justificativa de hora-extra)', 33,33% dos profissionais responderam que realizam essa atividade sempre. Todavia, 58,33% dos profissionais responderam que esta atividade é realizada às vezes, e um destes (8,33%) indicou que nunca realiza esse tipo de atividade.

A maioria dos respondentes (75%) realiza sempre a 'checagem de prescrições médicas e de Enfermagem' embora um destes (8,33%) tenha respondido que a realiza às vezes, e 16,67% dos profissionais não responderam a este item.

Na categoria 'atividades relacionadas à unidade', no item 'limpeza e organização da unidade (atividades não relacionadas ao serviço de higiene)', 33,33% dos profissionais responderam que as realizam sempre. Os restantes 66,67% dos profissionais afirmaram que somente às vezes realizam essa atividade.

A atividade 'limpeza, transporte e acondicionamento de equipamentos, móveis e utensílios' é realizada sempre por 25% dos profissionais, e às vezes pela maioria destes (75%).

A atividade 'checagem, organização e reposição de suprimentos (materiais de consumo p/ a assistência)' é realizada sempre pela maioria dos profissionais (75%), às vezes por 16,67% destes, e um (8,33%) não respondeu a este item.

'Conferência e reposição do carrinho de emergência' são atividades realizadas sempre por 24,99% dos profissionais, às vezes por 58,33%, e nunca é realizada por 16,67% destes. Já 'conferência e reposição de estoque de medicamentos controlados (psicotrópicos)' são atividades realizadas sempre por 58,33% dos respondentes, e às vezes por 41,67%.

'Solicitações para manutenção e consertos de equipamentos, móveis, utensílios e da estrutura predial' são realizadas sempre por 16,67% dos profissionais, às vezes por 66,67%, e 16,67% destes nunca as realizam. Todavia a 'desinfecção de materiais relacionados à assistência respiratória e lavagem de instrumentos' são atividades sempre realizadas por 16,66% dos profissionais, às vezes por 50%, e nunca são realizadas por 33,33% destes.

As 'atividades de supervisão de Enfermagem (elaboração de escala mensal de trabalho e escala diária de atividades)' são realizadas sempre por 41,67% dos respondentes, às vezes por 25%, nunca por 25% dos profissionais, e um destes (8,33%) não respondeu a este item. Esses resultados devem-se ao fato de os



profissionais da Equipe de Enfermagem ficarem incumbidos de organizar a escala mensal de trabalho e a escala diária de atividades.

As atividades do item 'recebimento e conferência de medicamentos com o pessoal da Farmácia na própria unidade' são realizadas sempre por 66,67% dos respondentes e às vezes por 33,33% destes. A dispensação dos medicamentos dos pacientes é realizada por profissional da Farmácia, que visita cada unidade hospitalar e realiza, juntamente com um profissional de Enfermagem, a conferência da medicação prescrita, assim como a devolução das medicações que não foram utilizadas. Portanto, essa atividade ocorre diariamente na unidade uma vez ao dia, e é realizada pelo profissional de Enfermagem que estiver disponível no momento em que o profissional da Farmácia vem à unidade.

As atividades de 'busca e devolução de materiais na Central de Material Esterilizado (CME)' são realizadas sempre por 50% dos profissionais, às vezes por 41,67% destes, e um profissional (8,33%) não respondeu a este item. A busca de materiais esterilizados na CME é realizada no início de cada turno, em horário pré-determinado pela própria central. Ao final do plantão, a devolução dos materiais contaminados também ocorre em horário pré-determinado. A designação dessas atividades aos profissionais é realizada mediante escala diária elaborada pela enfermeira do turno, e mensal para o turno da noite.

A atividade de 'limpeza da geladeira de medicamentos' nunca é realizada pela maioria (83,33%) dos profissionais, mas às vezes por um destes (8,33%), e um profissional (8,33%) não respondeu a este item. Todavia, a atividade de 'controle da temperatura da geladeira de medicamentos' é realizada sempre por 16,67% dos respondentes, às vezes por 66,67% e nunca por 16,67% destes. A designação desta atividade aos profissionais é realizada em escala diária.

Na categoria 'tempo de espera', 25% dos profissionais sempre necessitam 'aguardar materiais/medicamentos/outros, para realização de procedimentos', embora 75% destes, somente às vezes aguardam a chegada de insumos para poder realizar suas atividades.

Na Categoria 'outras atividades', a maioria absoluta dos respondentes (100%) realiza sempre a 'passagem de plantão'. Esta atividade ocorre nos dez minutos que antecedem ao término de cada plantão. No entanto, observou-se que não é realizada diariamente por toda a Equipe de Enfermagem. Na maioria das vezes, o profissional que chega primeiro à unidade recebe o plantão, e depois repassa as informações aos demais profissionais do turno.

A atividade de 'facilitação da visita ao paciente' é realizada sempre por 49,98% dos profissionais e às vezes por 41,65% destes, e um profissional não respondeu este item. Na maioria das vezes, a enfermeira do turno é a responsável pela liberação de visitas fora do horário pré-estabelecido no hospital, ou liberação de mais visitantes por paciente. Essa atividade também é realizada pela Equipe de Enfermagem, após análise de cada situação.

A 'solicitação de voluntários por telefone' é uma atividade realizada sempre por 66,67% dos profissionais e às vezes por 33,33%. O serviço de voluntariado colabora no sentido de acompanhar pacientes aos locais de exame, quando estes têm condições para tal. São encaminhados aos exames deambulando, em cadeira de rodas, ou em macas. Quando um paciente necessita de acompanhamento, um acadêmico do 6º ano do Curso de Medicina é designado para esta atividade. Ressalta-se que o serviço de voluntariado do hospital é essencial, pois libera os profissionais de Enfermagem para outras atividades de cuidado indireto ou direto, no atendimento das necessidades dos pacientes.

A 'solicitação de atendimento do Serviço Social, por telefone' é uma atividade realizada sempre por 25% e às vezes pela maioria (75%) dos respondentes. O Serviço Social atua também no sentido de providenciar transporte para os pacientes advindos de outras cidades, entre outras funções.

Do total de respondentes, um destes (8,33%) respondeu que sempre realiza a 'solicitação de atendimento do Serviço de Psicologia, por telefone'. Contudo, a maioria destes (75%) realiza esta solicitação às vezes, e 16,67% dos respondentes não preencheram esse item.

A atividade 'cálculo de hora-extra' é uma atividade realizada sempre por 33,33%, mas nunca é realizada por 58,33% dos respondentes. Um profissional (8,33%) não respondeu a este item.

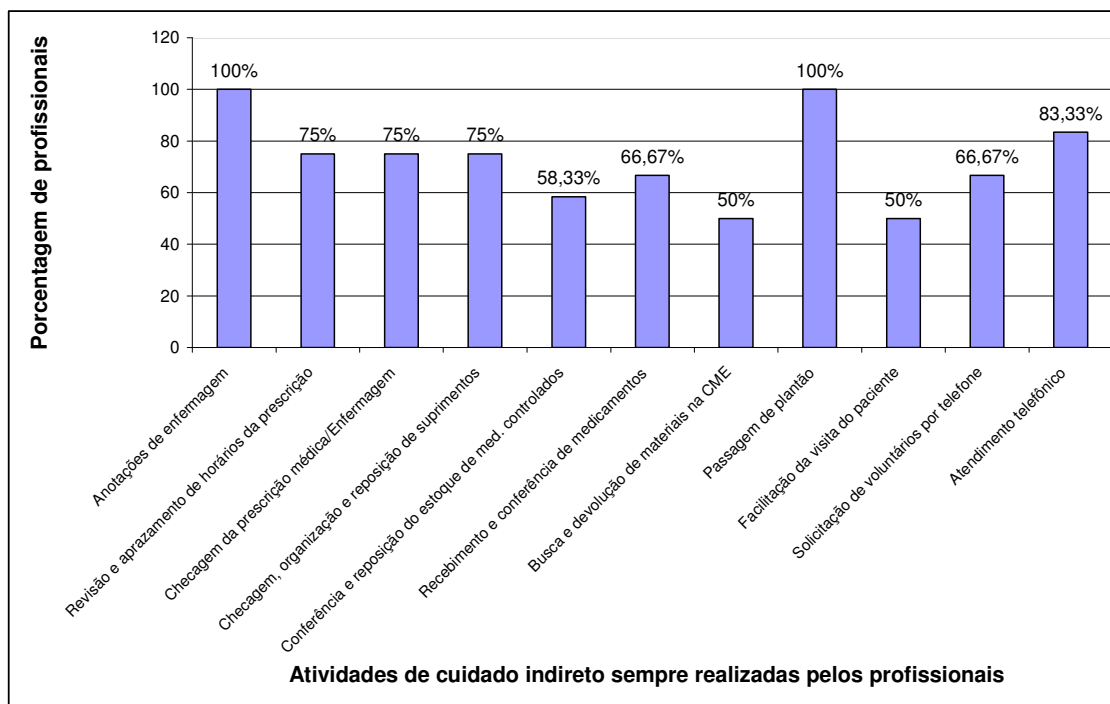
A atividade de 'atendimento telefônico (ligações diversas)' é realizada sempre por 83,33% dos profissionais e às vezes por 16,67% destes.

Finalmente, a 'busca de material na Farmácia' é realizada sempre por um profissional (8,33%), mas os demais respondentes (91,70%) nunca a realizam.

No Gráfico 14 observa-se que a passagem de plantão e as anotações de Enfermagem são atividades de cuidado indireto realizadas sempre por todos os profissionais. A checagem de prescrições médicas e de Enfermagem é realizada sempre pela maioria deles (75%). Entre as outras atividades indicadas pela maioria dos respondentes como corriqueiras, encontram-se o contato telefônico por motivos diversos (83,33%), e a solicitação de voluntários (66,67%), também por telefone. Logo, as comunicações entre a Equipe de Enfermagem, com a equipe de saúde, bem como com a equipe de diversos setores do hospital e familiares dos pacientes ocorrem intensamente por parte dos profissionais de Enfermagem, pois são imprescindíveis para o cuidado do paciente.

Pode-se constatar também no Gráfico 14 que as atividades de cuidado indireto relativas à checagem, revisão e aprazamentos de prescrições (75%), recebimento e reposição de medicamentos (66,67%) e conferência e reposição de medicamentos controlados (58,33%) são sempre realizadas pela maioria dos profissionais, pois estão estreitamente relacionadas ao cuidado direto 'administração de medicamentos', assim como a facilitação da visita do paciente (50%). Por sua vez, as atividades de checagem, organização e reposição de suprimentos (75%), bem como as de busca e devolução de material à CME (50%), também são realizadas sempre pela maioria dos profissionais, porque estão relacionadas à organização do ambiente de cuidado.

**Gráfico 14 – Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que as realizam sempre na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007**

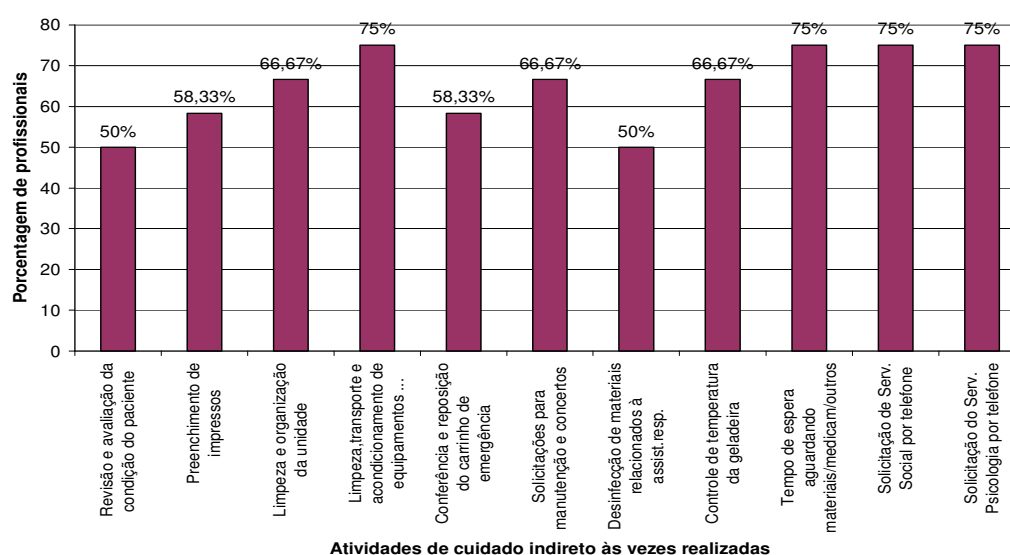


No Gráfico 15 observam-se atividades de cuidado indireto indicadas pela maioria dos respondentes como as que ocorrem às vezes. Destacam-se as atividades de organização do ambiente físico da unidade, relativas à manutenção de instalações, equipamentos e materiais em condições adequadas de uso, tais como: solicitação de manutenção e conserto (66,67%), limpeza, transporte e acondicionamento de equipamentos, móveis, etc. (75%); limpeza e organização da unidade (66,67%); controle de temperatura da geladeira (66,67%); desinfecção de materiais de assistência respiratória (50%); assim como a conferência e reposição do carrinho de emergência (58,33%).

Também são realizadas às vezes, pela maioria dos profissionais de Enfermagem, solicitações de atendimento do Serviço Social e de Psicologia (75%), bem como eles gastam tempo aguardando a chegada de materiais e medicamentos (75%). Note-se que estas atividades são às vezes realizadas, mas poderiam ser da responsabilidade de um funcionário que não fosse da Equipe de Enfermagem. Assim, as horas demandadas à Enfermagem para estas atividades de cuidado

indireto poderiam ser alocadas para a realização, por exemplo, das atividades de revisão e avaliação da condição do paciente (50%) e preenchimento de impressos (58,33%), que somente são realizadas às vezes, e de atividades de cuidado direto, que são da responsabilidade da Equipe de Enfermagem.

**Gráfico 15 – Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que as realizam às vezes na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007**

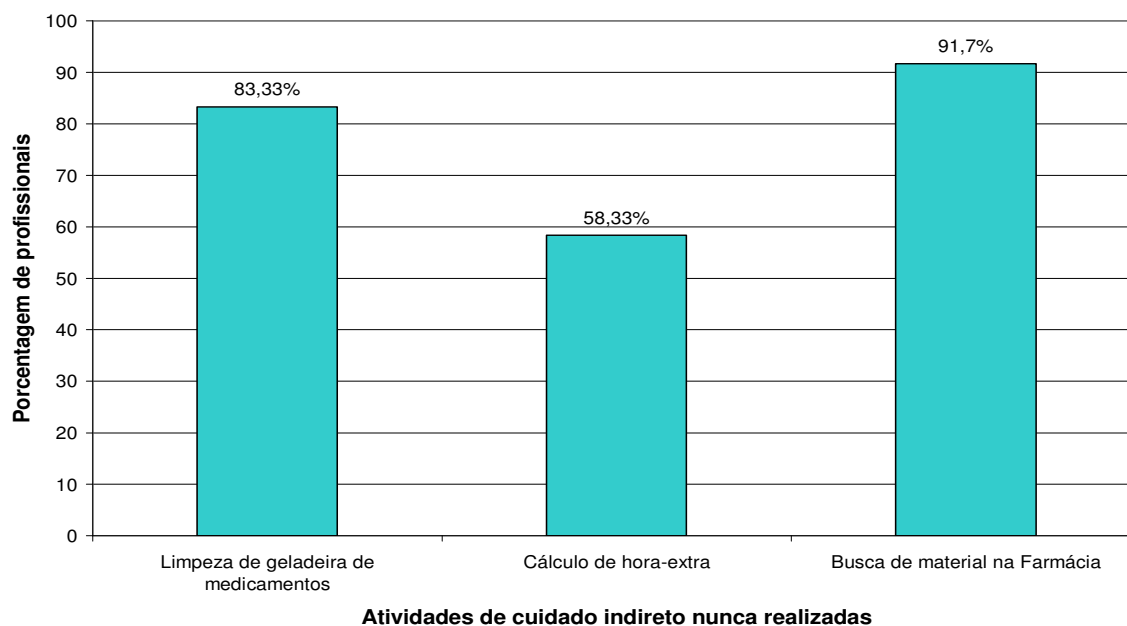


Entretanto, no Gráfico 16 observa-se que a maioria dos respondentes indicou que nunca realizam as atividades de busca de materiais na Farmácia (91,7%), cálculo de horas-extras (58,33%), e limpeza de geladeira (83,33%). Esses resultados refletem a dinâmica de trabalho na unidade. No turno diurno a Farmácia entrega os medicamentos diretamente às unidades assistenciais. Entretanto, no noturno não existe esse tipo de atendimento. Logo, os materiais devem ser buscados pelos profissionais de Enfermagem, diretamente na Farmácia.

Quanto ao cálculo de horas-extras, esta atividade é realizada pelas enfermeiras e/ou técnicos de Enfermagem, que representam a minoria dos profissionais da unidade. Já a limpeza da geladeira é uma atividade que é de responsabilidade dos profissionais de higienização da unidade, sob supervisão da

enfermeira, e somente eventualmente é realizada por profissionais da Equipe de Enfermagem.

**Gráfico 16 – Distribuição de atividades de cuidado indireto e percentual dos profissionais de Enfermagem que nunca as realizam na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007**



Após a apresentação da frequência em que ocorrem os cuidados indiretos realizados pela Enfermagem da CAD, será apresentado o tempo médio destinado, por profissional, aos cuidados diretos e indiretos efetivamente realizados nesta unidade, em um turno de trabalho de seis horas. Esses resultados permitiram uma avaliação da produtividade da Equipe de Enfermagem. Para tanto, a técnica de observação sistemática não-participante foi utilizada, conforme descrita no Capítulo 4 referente à Metodologia.

Às atividades relativas à 'Documentação', o tempo médio destinado pela Equipe de Enfermagem foi de 8,48 minutos, representando 2,35% do seu turno de trabalho. A atividade de 'preparo e diluição de medicamentos' e 'anotações de Enfermagem' foram as que mais demandaram tempo nesta categoria, representando 14,35 (3,98%) e 11,45 minutos (3,18%) do seu turno de trabalho, em média, respectivamente.

O 'tempo de espera' aguardando para atender pacientes devido à passagem de plantão médico; aguardando a chegada do paciente, e de materiais e insumos para a realização de procedimentos, representou, em média, 3,33 minutos (0,92%) da jornada diária de trabalho dos profissionais.

Atividades relacionadas à unidade, no sentido de supri-la e organizá-la para o cuidado, demandaram, em média, 9,22 minutos de cada profissional (2,56%) nas seis horas diárias de trabalho. Nessa categoria, as atividades que demandaram mais tempo dos profissionais foram a 'busca de materiais no almoxarifado' (22,06 minutos por profissional, em média), e 'recebimento e conferência de medicações com profissional da Farmácia', (21,57 minutos por profissional, em média, num turno de trabalho).

No entanto, outras atividades relativas à unidade demandaram 14,08 minutos (3,91%), em média, por profissional, na jornada diária de seis horas. As atividades que mais demandaram tempo nessa categoria foram: a passagem de plantão, que demandou, em média, 14,19 minutos (3,94%), e o tempo de deslocamento à outra unidade que representou, 14 minutos (3,88%) em média, por profissional.

#### **5.3.2.1.3 Tempo médio dedicado ao cuidado pessoal por profissionais de Enfermagem da CAD durante um turno de trabalho**

Em qualquer atividade de trabalho, existe a previsão de que o profissional destine uma parcela do tempo de sua jornada de trabalho ao cuidado pessoal, como o tempo de descanso de 15 minutos previsto por lei, tempo destinado às necessidades fisiológicas e ao relacionamento interpessoal para fins não profissionais, que inevitavelmente ocorre. Na CAD, o tempo total destinado a essas atividades pessoais representou, em média, uma hora e 7 minutos aproximadamente, por profissional (18,7%), por turno de seis horas.

Contudo, quando analisada a produtividade por categoria profissional, observou-se uma produtividade de 89,24% para enfermeiras, e 76,77% para profissionais de nível médio.

A Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n° 5.452 de 1° de maio de 1943), em seu Capítulo II, trata da duração do trabalho. O parágrafo primeiro reza

que “[...] não excedendo de seis horas o trabalho, será, entretanto, obrigatório um intervalo de quinze minutos quando a duração ultrapassar quatro horas”. Assim, comparativamente, os profissionais da unidade têm excedido o tempo de intervalo três vezes a mais, em média, do que está estabelecido por lei.

No entanto, atividades pessoais inapropriadas podem ocorrer devido a ausência de controle institucional mais rigoroso, assim como a ocorrência de permissividade da chefia para atividades como: ida ao banco, acesso à internet por motivos pessoais, leitura de material não relacionado ao trabalho, entre outras. Essas atividades consomem tempo, no qual atividades de cuidado direto ou indireto requeridas pelos pacientes poderiam estar sendo executadas, portanto justificaria considerá-las como inapropriadas para o ambiente da CAD.

No caso das observações realizadas, essas atividades pessoais representaram 71,14 minutos (19,76%), em média, por profissional, na jornada de trabalho de seis horas. Portanto, a produtividade dos profissionais é de 80,24%.

Cabe salientar que, para Wang (1996), a produtividade menor que 60% é considerada insatisfatória; entre 60% e 75% é satisfatória; entre 75% e 85% excelente, e acima de 85% torna-se suspeita, porque dificilmente pode ser alcançada. Portanto, a produtividade dos membros da Equipe de Enfermagem da unidade pode ser considerada excelente. Nem no processo produtivo industrial a produtividade é tão alta, pois até uma máquina tem um tempo não produtivo relacionado à espera de suprimentos, manutenção e precaução de desgastes, entre outros.

A atividade no processo de cuidar de pacientes cirúrgicos é desgastante física e emocionalmente. Assim, o tempo médio despendido ao cuidado pessoal da CAD (19,76%). Esse tempo pode ser considerado como um momento em que o profissional possa revigorar as suas energias para o esforço necessário ao cuidado direto e indireto ao paciente.

Todavia, diante da necessidade de aumentar a produtividade dos profissionais de Enfermagem, a gerência poderia estabelecer normas que restringissem atividades pessoais inapropriadas, bem como intensificar a supervisão



desses profissionais com vistas a priorizar o tempo de cuidado direto ou indireto necessário aos pacientes, mas permitindo atividades pessoais entendidas como revigorantes.

Com o objetivo de exemplificar como fatores do ambiente operacional e interno interferem no processo de cuidar de Enfermagem, será apresentada uma descrição da situação de greve dos servidores técnico-administrativos das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), ocorrida em Maio e Junho de 2007, em todo o país. Essa greve teve conseqüências particulares no HC/UFPR e na CAD.

#### **5.4 A greve como reflexo da influência de fatores dos ambientes operacional e interno no processo de cuidar da CAD**

No transcorrer deste estudo, um movimento de greve de âmbito nacional iniciou em 28/05/07 e paralisou as atividades técnico-administrativas da UFPR por 27 dias. Essa greve foi conduzida pelas diretrizes da Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), que liderou essa paralisação em 33 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

Essas instituições se uniram para reivindicar uma pauta geral que contemplou: i) a defesa dos serviços públicos e posição contrária ao Projeto de Lei Complementar 01 (PLP 01) de 01/2007 (BRASIL, 2007b), que visa a contenção do crescimento de gasto com pessoal pelo prazo de 10 anos, o que, na prática, pode se traduzir no congelamento dos vencimentos dos servidores; ii) a defesa da negociação coletiva no serviço público; iii) a posição contrária a qualquer lei que restrinja o Direito de Greve; iv) a exigência do aprimoramento de carreira, v) a exigência de um Plano de Saúde Complementar; e, vi) a posição contrária à transformação dos Hospitais Universitários em Fundações Estatais.

O direito de greve é estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988, e para que seja possível discorrer sobre o direito de greve dos trabalhadores faz-se necessária uma breve explanação sobre sua formação. Torna-se então necessário que se reporte à Grécia antiga, pois desde as mais remotas épocas a greve serve como expressão da insatisfação dos trabalhadores. No entanto, era considerada um delito e essa situação perdurou até o início do século XIX. Qualquer movimento dos operários que visasse melhores condições de trabalho e de salários no século XIX

foi fortemente reprimido em países da Europa, que consideravam tais movimentos como conspiração contra a Coroa.

No início e em meados do século X, países como o México, Itália e Portugal passaram a considerar a greve como um direito, instituído em suas respectivas constituições.

No Brasil, o Código Penal de 1890 proibia a greve, ainda que pacífica. No entanto, foi logo alterado pelo Decreto nº 1.162, de 12.12.1890, que passou a punir apenas a violência na greve. Assim, tal alteração significou o primeiro passo em direção à aceitação do direito de greve no país (LAVOR, 1996). Todavia, as mudanças de regime de governo ocorridas posteriormente no Brasil refletiram-se em diversas restrições ao direito de greve.

A greve, de acordo com Magano citado por Lavor (1996), é o poder de um grupo social que se manifesta por meio de atividade tendente à realização de um interesse coletivo, mediante a suspensão coletiva e temporária do trabalho de trabalhadores pertencentes a um mesmo grupo.

Atualmente em nosso país, vigora a Lei nº 7.783, de 28 de junho 1989 (BRASIL, 1989), considerada pelos juristas como bastante rigorosa quanto aos efeitos dos abusos no exercício do direito de greve. Essa lei preconiza a responsabilização tanto trabalhista, como civil, ou penal, conforme a hipótese, seja de pessoas físicas, seja de pessoas jurídicas.

A Lei nº 7.783/89 dispõe sobre o exercício do direito de greve, define quais são as atividades essenciais à população, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim como dá outras providências. Em seu artigo 1º, “[...] é assegurado o direito de greve, competindo aos trabalhadores decidir sobre a oportunidade de exercê-lo e sobre os interesses que devam por meio dele defender” (BRASIL, 1989, p.1).

A legitimidade do exercício de greve é posta pelo Art. 2º como “[...] a suspensão coletiva, temporária e pacífica, total ou parcial, de prestação pessoal de serviços a empregador” (BRASIL, 1989, p.1). Assim, para fins de manutenção de

serviços considerados essenciais à população, durante o período de greve, o artigo 10, da Lei nº 7.783/89, determina quais são esses serviços.

Os serviços de saúde são enquadrados por essa lei como essenciais, de acordo com artigo supracitado. Assim, a paralisação total das atividades nestes serviços não pode ocorrer, pois feriria o artigo 11 da mesma lei, que reza que:

Art.11 – Nos serviços ou atividades essenciais, os sindicatos, os empregadores e os trabalhadores ficam obrigados, de comum acordo, a garantir, durante a greve, a prestação de serviços indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade (BRASIL, 1989, p. 1).

O direito de greve para os trabalhadores de instituições públicas, de acordo com o inciso VII do artigo 37 da Constituição Federal de 1988 “será exercido nos termos e nos limites definidos em lei específica”. No entanto, a regulamentação por meio de lei complementar até a presente data não ocorreu, e devido a este fato, de acordo com Jorge (2004):

[...] os Tribunais Regionais Federais e o Superior Tribunal de Justiça tem reconhecido, sistematicamente, o direito de greve dos servidores públicos, numa demonstração clara de que os desmandos da Administração Pública, aliados ao descaso e conivência do Poder Legislativo, encontram no Poder Judiciário uma barreira a resguardar a segurança do nosso ordenamento jurídico e os direitos inerentes à coletividade (JORGE, 2004, s.p).

O movimento de greve iniciado em 28 de maio de 2007 mobilizou 33 Instituições Federais de Ensino, e os servidores técnico-administrativos da Universidade Federal do Paraná e do Hospital de Clínicas da UFPR aderiram ao movimento nacional. Os profissionais do HC/UFPR mobilizados para a discussão da pauta nacional incluíram em suas discussões, pautas específicas referentes a: i) pagamento retroativo da progressão por mérito; ii) catracas no HC; iii) volta do pagamento do adicional por insalubridade; iv) paridade nos Conselhos Superiores da UFPR; e, v) eleição direta para diretor do Hospital de Clínicas.

Diversas mobilizações e assembléias foram realizadas pelos servidores da UFPR e em 05 de junho de 2007, o Ministério Público Federal (MPF) propôs uma ação civil pública contra a greve. A ação requeria à Justiça que determinasse ao Sindicato da categoria (Sinditest) que todos os serviços de saúde prestados no hospital fossem retomados integralmente, com o objetivo de assegurar à população o direito à saúde. Na ação, o MPF pretendia que o município de Curitiba garantisse

pleno atendimento médico em outro hospital aos pacientes que não estivessem recebendo assistência adequada; ou que não fossem atendidos pelo HC/UFPR em decorrência da greve.

A Justiça Federal determinou em 06 de junho de 2007, por meio de liminar, o fim da greve dos servidores técnico-administrativos no Hospital das Clínicas de Curitiba. Na decisão, a juíza Giovanna Mayer, obrigava que o Sinditest determinasse aos grevistas o retorno ao serviço no prazo de 12 horas, contadas do recebimento da intimação.

De acordo com a juíza, passado esse prazo, o hospital deveria aplicar punições aos servidores faltantes, seguindo as sanções previstas no Estatuto do Servidor Público, inclusive o desconto em folha dos dias parados. Em relação aos descontos salariais, Leite (2002) afirma que a greve implica a suspensão jurídica do trabalho, ou seja, o pagamento dos salários não é obrigatório, a prestação do serviço também não o é, e o tempo de serviço não é computado.

Apesar das medidas jurídicas adotadas, a greve continuou e o Sinditest alegava que o atendimento total vinha sendo mantido nas áreas de emergência e de pelo menos 50% nos demais setores. Frente a essa situação, em 15 de junho de 2007 os servidores técnico-administrativos da UFPR, dentre eles servidores do Hospital de Clínicas da UFPR, reuniram-se com o Conselho Universitário (COUN) da Universidade Federal do Paraná.

O COUN é a instância máxima de deliberação da universidade e recebeu os representantes dos servidores em greve para debater e deliberar sobre as reivindicações destes. O Conselho deliberou por unanimidade de seus membros, manifestar-se nos seguintes termos: i) pela retirada do Projeto de Lei Complementar (PLP) 01/2007, que limita os gastos com o funcionalismo público federal 1,5% ao ano, até 2016, impossibilitando reposição de salários e novos concursos públicos; ii) pela garantia do direito de greve, conforme estabelecido pela Constituição Federal e pelo direito à livre manifestação; iii) pelo custeio e implantação imediata de Plano de Assistência à Saúde aos servidores; iv) pela autonomia da Universidade sobre gerenciamento de seus Hospitais Universitários; v) pela resolução de impasses do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativo em Educação; pela

incorporação do Vencimento Básico Complementar ao vencimento básico; paridade entre ativos e aposentados; instituição da progressão por mérito, com avaliação institucional e coletiva e não apenas individual e pelo pagamento retroativo desta progressão (UFPR, 2007c).

O COUN reconheceu ainda em sua moção, a legitimidade de justeza das reivindicações apresentadas pelos servidores técnico-administrativos da Universidade, requerendo ainda à luz do estado democrático, o respeito ao direito constitucional dos trabalhadores dessa instituição engajados nos movimentos sociais participativos, que não devem nesse exercício ser alvo de constrangimentos ou penalizações (UFPR, 2007c).

A reivindicação por melhores situações de trabalho por meio de greve faz parte do serviço público por tratar-se acima de tudo, de um direito adquirido constitucionalmente. No entanto, apesar de direito à greve, as dificuldades encontradas pelos trabalhadores são decorrentes de um ambiente macro-econômico, de políticas de gestão do serviço público, que muitas vezes não têm atendido as melhorias necessárias para o setor saúde.

A insuficiência e morosidade nos concursos públicos, a redução de verbas destinadas à saúde, os crescentes gastos com saúde determinados pela modificação do perfil da população, são exemplos de restrições para a implantação de melhores condições laborais e de gestão de recursos humanos no setor público.

O hospital público de ensino situa-se nesse ambiente turbulento, no qual as condições gerais para atendimento são determinadas por decisões que vêm da administração da federação, por meio do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS). Nesse cenário, as restrições relacionadas aos recursos humanos em saúde são evidentes, e principalmente na área de Enfermagem, por tratar-se de grande contingente de trabalhadores nessas instituições, responsável pela maioria dos custos com pessoal.

Para que o atendimento aos pacientes seja viabilizado, tem sido observado que os profissionais têm acumulado um aumento da carga de trabalho. Essa situação deve-se ao fato de diversos fatores como aposentadorias, licenças-saúde, desligamentos de profissionais, associados à insuficiência e morosidade de

concursos públicos, que não recompõem em tempo hábil o número de vagas de profissionais que seria necessário para atender a população com segurança.

O término da greve dos servidores do Hospital de Clínicas da UFPR ocorreu em 23/06/07 e no período de paralisação, na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, como na maioria das unidades de internação do hospital, foi diminuído o número de internações devido ao fato de que somente 37% do quadro de profissionais de Enfermagem compareceu ao trabalho.

A determinação do percentual de profissionais que devem continuar trabalhando, é realizada pelo órgão jurídico que estiver julgando se a greve é improcedente. No caso dos hospitais, a justiça solicita um parecer da direção da instituição para que seja determinado o percentual mínimo para o atendimento da população, conforme reza a Lei nº 7.783/89, que determina que os serviços essenciais à população não podem ser totalmente paralisados.

Uma comissão de ética, formada por médicos do HC/UFPR, foi designada durante o período de greve para avaliar os pacientes que chegavam à instituição, encaminhando-os a outros hospitais da cidade, ou admitindo-os, conforme sua gravidade.

Durante esse período, a média de internação na unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo foi de oito a dez pacientes/dia. No entanto, a complexidade dos pacientes continuou refletindo a realidade local, ocorrendo um caso de paciente, que de acordo com o sistema de classificação de pacientes de Perroca (2000), necessitava de cuidados semi-intensivos. Essa avaliação foi realizada justamente para comprovar a complexidade dos cuidados que os pacientes da unidade apresentam independentemente do número de profissionais que a unidade dispõe.

Diante de tal situação, a enfermeira responsável pela unidade contatou a Direção de Assistência do hospital e comunicou que estaria liberando somente oito leitos para internação devido ao fato de que o quadro de pessoal não era suficiente para atender à demanda de cuidados com segurança.

Esse fato gerou a mobilização dos médicos residentes da unidade, que recorreram à Direção de Assistência para protestar diante de tal decisão. No

entanto, a decisão da enfermeira foi corroborada pela Direção de assistência, que manteve a liberação para internação de oito dos dezesseis leitos disponíveis na unidade.

A escala de profissionais de Enfermagem foi elaborada de modo que houvesse no mínimo dois auxiliares ou técnicos de Enfermagem e uma enfermeira em cada turno diurno. Para o noturno, em cada noite houve dois profissionais trabalhando em cada noite, diferentemente de escala elaborada para períodos normais, que conta com três profissionais em cada noite.

As influências do ambiente interno e externo na produção de serviços da CAD foi evidente. O principal fator percebido foi a redução do número de profissionais de Enfermagem para prover cuidados aos pacientes internados, devido ao fato de que 63% dos membros da Equipe de Enfermagem aderiram à greve. Assim, o número de leitos autorizados para internação diminuiu.

No entanto, casos mais graves foram admitidos e foram realizadas 59 cirurgias no mês de junho (no mês anterior foram realizadas 99 cirurgias). Assim, percebe-se que houve redução de 40% do número de cirurgias e apesar da greve havia pacientes que demandavam cuidados mais complexos. Portanto, foi observado pela pesquisadora a sobrecarga de trabalho que incidiu sobre os profissionais que não aderiram à greve. A sobrecarga se deveu ao maior número de pacientes designados por profissional, causando perceptível irritabilidade dos profissionais com relação à suficiência do tempo para prestar todos os cuidados a todos os pacientes.

No Quadro 12 estão sintetizadas as características do Hospital de Clínicas da UFPR, e mais especificamente da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, relacionadas aos fatores ambientais identificados como intervenientes no processo de cuidar em Enfermagem da CAD, e conseqüentemente, no seu dimensionamento de pessoal.

**Quadro 12 – Características do Hospital de Clínicas da UFPR relacionadas aos fatores ambientais considerados como intervenientes no processo de cuidar em Enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, e conseqüentemente, no dimensionamento de pessoal, 2007 (continua)**

Ambiente operacional	Ambiente interno		
	Hospital de Clínicas	Serviço de Enfermagem	Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo
<p><b>Missão:</b> prestar assistência acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e extensão.</p> <p><b>Hospital Público Federal</b> – Restrições orçamentárias para contratação de funcionários, e demais insumos</p> <p><b>Hospital Universitário</b> – ensino e pesquisa e extensão – campo de aulas práticas e estágio</p> <p><b>Hospital integrante do SUS</b> – Contratação de serviços com a Secretaria Municipal de saúde (Gestão plena) Compromisso em dar suporte técnico a Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais.</p> <p>Avaliação contínua pela Comissão de Acreditação Hospitalar.</p> <p><b>Clientela do HC/UFPR:</b> (27%) dos pacientes provêm de Curitiba e Região Metropolitana, (13%) de outros municípios do Paraná (13%), 3% de outros estados e 1% do exterior. A clientela tem apresentado, progressivamente, características de maior gravidade de seu estado clínico.</p> <p><b>Perfil da clientela da CAD</b> – a partir da amostra de pacientes avaliados na pesquisa, na unidade predominam pacientes do sexo feminino (61,9%), residentes em Curitiba (61,0%) e que internam para cirurgia eletiva e que foram chamadas em seu</p>	<p><b>Modelo de gestão:</b> administração colegiada, representativa, com descentralização das decisões.</p> <p><b>Administração de Recursos Humanos</b> – UAP (funcionários federais); FUNPAR (Funcionários CLT)</p> <p><b>Ensino:</b> Campo para o ensino em diversos setores da UFPR e outras instituições de ensino médio e superior (previsão de 1.414 alunos em 2007).</p> <p><b>Assistência:</b> Organização complexa: Porte grande (643 leitos), e sua taxa de ocupação é de 69,74%.</p> <p>Atende em várias especialidades médicas em 260 ambulatorios, e nas clínicas Traumatologia e Ortopedia; Clínica Médica Masculina; Clínica Médica Feminina; Policlínica; Cirurgia Geral/Neurocirurgia; Cirurgia do Aparelho Digestivo/Cirurgia Vascular/Cirurgia Cardiovascular; Oftalmo/Cirurgia Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; Quimioterapia Alto Risco; Infectologia; Neonatologia e UTI Neonatal; Transplante de Medula Óssea; Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico; Clínica Pediátrica; Emergência Pediátrica; Ginecologia e Reprodução Humana; Neurologia; Nefrologia; Alojamento Conjunto; Banco de Leite Humano; Transplante Hepático; Cirurgia Plástica; Hematopediatria; e UTI Cardíaca.</p> <p><b>Modelo Assistencial:</b> ações de promoção à</p>	<p><b>Missão:</b> prestar cuidados de Enfermagem fundamentados nos princípios da humanização, qualidade e sistematização e proporcionar condições para ensino, pesquisa e extensão dos profissionais, buscando excelência das atividades.</p> <p><b>Coordenação de Enfermagem</b> – responsável pelos serviços de Enfermagem.</p> <p>Parceria com a UAP e PRHAE</p> <p>Enfermagem – 35,3% dos funcionários do hospital. A previsão de profissionais que poderão se aposentar em cinco anos é de 15,5% para técnicos e auxiliares de Enfermagem e 16,4% para enfermeiras.</p> <p>Atuam em 14 unidades de internação; ii) unidades de internação de terapia intensiva; iii) centro cirúrgico e central de material esterilizado; iv) pronto atendimento; v) serviços de diagnóstico e terapêutica; vi) serviços e programas (banco de leite humano, acreditação hospitalar, humanização, SCIH, epidemiologia hospitalar, engenharia e segurança do trabalho); vii) setores administrativos relacionados à Enfermagem (Coordenação, Supervisão, Coordenação de Diagnóstico e Terapêutica, Supervisão de unidades funcionais, Gerência de unidades funcionais); e, viii) Atividades administrativas não relacionadas à Enfermagem (Diretoria de Assistência, Coordenações, Supervisão Administrativa, Setor de Abastecimento, de Avaliação, de Treinamento e Desenvolvimento.</p> <p>Não há condições de manter uma enfermeira em cada turno nas unidades de internação, somente nas de cuidado crítico e semi-crítico. A Assistência não está sistematizada.</p>	<p><b>Missão da unidade:</b> prestar assistência acreditada a pacientes que necessitam de tratamento na especialidade de cirurgia do aparelho digestivo, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e extensão.</p> <p><b>Enfermeira administrativa</b> – responsável pela gerência da unidade.</p> <p><b>Ensino:</b> Campo de ensino; 166 alunos, 25% do total no HC/UFPR</p> <p><b>Assistência:</b> Realiza 512 cirurgias, em média, por semestre. Tem a maior média de permanência entre as clínicas cirúrgicas</p> <p>Tem 16 leitos autorizados, e sua taxa de ocupação média é mais alta 33,06% que a taxa geral do HC/UFPR, e em média, 39,67% superior à taxa de ocupação média das clínicas cirúrgicas.</p> <p><b>Processo de cuidar da Enfermagem:</b></p> <p><b>Proposta assistencial:</b> cuidado integral, atividades de cuidado direto e indireto. Cuidados diretos: de higiene, administração de medicamentos, com sondas e drenos sondas, cateteres, colostomias, ou necessitando de curativos e dietas especiais, apoio psicológico e espiritual, atividades educativas.</p> <p><b>Método de organização do trabalho:</b> integral</p> <p><b>Cuidados indiretos sempre realizados:</b> passagem de plantão, anotações de Enfermagem, registros em prescrições, comunicações entre a equipe de Enfermagem, com a equipe de saúde, bem como com a equipe de diversos setores do hospital e familiares, facilitação da visita do paciente, aquisição, acondicionamento e controle de materiais, medicamentos e outros suprimentos.</p>



**Quadro 12 – Características do Hospital de Clínicas da UFPR relacionadas aos fatores ambientais considerados como intervenientes no processo de cuidar em Enfermagem da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo, e conseqüentemente, no dimensionamento de pessoal, 2007 (continuação)**

Ambiente operacional	Ambiente interno		
	Hospital de Clínicas	Serviço de Enfermagem	Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo
<p>domicílio para internarem no momento oportuno (63%), para a realização de sua cirurgia. Predominam pacientes com doenças sistêmicas leves ou moderadas, sem limitação funcional, com ASA II (44,44%) e permanecem, em média, 5,5 dias na unidade. O tipo de saída predominante é por alta hospitalar (92,85%).</p>	<p>saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.  <b>Processo de trabalho:</b> diferentes categorias profissionais.  <b>Produtividade do HC:</b> 2,6% do total de internações em leitos públicos do Paraná. No primeiro semestre de 2007 - 9.916 internações e 4.074 cirurgias.            Dados relevantes para o cálculo de pessoal: 30 horas semanais, 25 feriados e recessos autorizados pela direção do hospital            Problemas com suprimentos de materiais e medicamentos as unidades assistenciais.</p>	<p>As propostas da CE a curto prazo (seis meses) objetivam racionalizar os recursos humanos (redistribuição quanti-qualitativa de profissionais de Enfermagem), assegurar profissionais nos locais em que a assistência tem sido prejudicada, adoção de um controle mais rígido referente às férias, às escalas de trabalho e às horas-extras. adoção de um controle mais rígido referente às férias, às escalas de trabalho e às horas-extras.</p>	<p><b>Tempo médio em minutos</b> e o percentual médio despendido por profissional, em relação ao turno de 6 horas, <b>em atividades de cuidado indireto observado:</b> documentação - 8,48 minutos (2,35%); tempo de espera-3,33 minutos (0,92%); e, organização da unidade - 9,22 minutos (2,56%). Total: 44,97 minutos por profissional, (12,49%) de um turno de 6 horas.            Produtividade de enfermeiros: 89,24%; de técnicos e auxiliares: 77,67 %, Média Geral: 80,24 %.  <b>Serviços e Atividades de apoio às atividades de cuidado da Enfermagem na unidade:</b> de higienização, da Farmácia, de controle de infecção hospitalar, de voluntários, de Assistência Social e Psicologia.  <b>Dados dos recursos humanos:</b>  <b>Absenteísmo:</b> elevado entre a categoria de profissionais de nível médio, devido a problemas de saúde. De janeiro a Setembro de 2007 houve 752 dias de afastamento por doença na unidade.  <b>Motivos de licença e atestados:</b> referem-se a: i) exame médico geral; ii) convalescença após cirurgia; iii) infecções agudas das vias aéreas superiores; iv) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; v) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; vi) doenças do aparelho geniturinário; vii) transtornos mentais e comportamentais; e, viii) doenças do sistema nervoso</p>

No próximo capítulo são apresentados os resultados relativos ao dimensionamento de pessoal, propriamente dito, os quais são analisados concomitante com os resultados relativos aos fatores dos ambientes operacional e interno, identificados como intervenientes no processo de cuidar e, conseqüentemente, na estimativa de profissionais de Enfermagem tanto no aspecto quantitativo como no qualitativo para a CAD.

## 6 O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM PARA A UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

Neste capítulo são apresentados os resultados dos cálculos para a quantidade de profissionais requeridos para a CAD, concomitante à análise desses resultados são feitas considerações pertinentes aos ambientes operacional e interno da CAD do HC/UFPR. Aplicou-se a equação de Gaidzinski, Fugulin e Castilho (*in*: KURCGANT, 2005 p.135):

$$Q = \sum_k \frac{\sum_j \frac{P_{kj}}{100} \cdot (n_j \cdot h_j)}{t_k \cdot \rho_k} \cdot \left[ \left( 1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right]$$

em que:

$Q$  = quantidade total de pessoal de Enfermagem;

$P_{kj}$  = percentual do trabalho dedicado ao tipo de cuidado  $j$ , pela categoria profissional  $k$ ;

$n_j$  = média diária de pacientes que necessitam do cuidado  $j$

$h_j$  = média das horas de assistência de Enfermagem por paciente que necessita de cuidado  $j$ ;

$E\%$  = percentual de ausências por folga semanal;

$F\%$  = percentual de ausências por dias de feriados no ano;

$V_k\%$  = percentual de ausências por férias da categoria profissional  $k$ ;

$A_k\%$  = percentual de ausências não previstas da categoria profissional  $k$ .

$t$  = jornada de trabalho da categoria profissional  $k$ ;

$\rho$  = proporção do tempo produtivo da categoria profissional  $k$ .

A carga média diária de trabalho é resultante da multiplicação da média diária de pacientes que necessitam do cuidado  $j$  na unidade, e a média das horas de

assistência de Enfermagem por paciente que necessita de cuidado  $j$ . Para a determinação da média das horas de assistência de Enfermagem por paciente que necessita de cuidado  $j$  nas 24 horas, foram utilizadas como referência as horas preconizadas pela Resolução do COFEN 293/2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004), segundo o tipo de assistência de Enfermagem:

- Assistência mínima ou autocuidado: 3,8 horas de Enfermagem, por paciente.
- Assistência intermediária: 5,6 horas de Enfermagem, por paciente.
- Assistência semi-intensiva: 9,4 horas de Enfermagem, por paciente.
- Assistência intensiva: 17,9 horas de Enfermagem, por paciente.

Para pacientes que necessitaram de cuidados de alta dependência, foram consideradas as mesmas horas destinadas à assistência semi-intensiva, conforme o estudo de Fugulin (2002).

Para calcular o percentual do trabalho dedicado ao tipo de cuidado  $j$  pela categoria profissional ( $P_{kj}$ ) foi considerada a representatividade percentual da categoria  $k$  no total de membros da Equipe de Enfermagem da CAD. Neste caso, as enfermeiras representaram 10% dos profissionais de Enfermagem da unidade, os auxiliares 80% e os técnicos 10%. Esta é uma restrição tanto do ambiente operacional como do ambiente interno, uma vez que a impossibilidade de contratação de enfermeiras de acordo com a necessidade das unidades assistenciais do hospital faz com não seja possível alocar uma enfermeira por turno.

Contudo, as recomendações da Resolução COFEN nº 293/04, em relação ao percentual de Enfermagem de cada categoria profissional para cada tipo de assistência são as seguintes:

- 1 - Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;
- 2 - Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- 3 - Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

A recomendação da referida resolução, considerando-se a assistência mínima e intermediária para a CAD atualmente é impossível de ser praticada, tendo em vista as restrições de contratação de enfermeiras e a livre aplicação dessas profissionais para a unidade, uma vez que o número de enfermeiras seria mais do que o triplo do que o calculado segundo o percentual de 10%, atualmente adotado para a alocação de enfermeiras na CAD.

Se utilizarmos os valores obtidos nos cálculos e projetarmos o quantitativo de enfermeiras e demais categorias conforme reza a resolução, a projeção para 16 leitos da unidade ficaria da seguinte maneira:

- 1- Para assistência mínima e intermediária: 9 enfermeiras e 20 técnicos/auxiliares;
- 2- Para assistência semi-intensiva: 12 enfermeiras e 17 técnicos/auxiliares;
- 3- Para assistência intensiva: 15 enfermeiras e 14 técnicos/auxiliares

A projeção do quadro de pessoal de Enfermagem para os 22 leitos constantes na capacidade física da unidade, baseada na resolução seria:

- 4- Para assistência mínima e intermediária: 12 enfermeiras e 26 técnicos/auxiliares;
- 5- Para assistência semi-intensiva: 16 enfermeiras e 22 técnicos/auxiliares;
- 6- Para assistência intensiva: 20 enfermeiras e 18 técnicos/auxiliares.

Os resultados para a CAD estão representados no Quadro 13. Esses dados representam que na CAD todas as categorias participam no cuidado aos pacientes, independente do grau de complexidade desses, conforme foi observado pela pesquisadora. A diferença entre a carga de trabalho média das enfermeiras (11,4 horas/dia) e a dos profissionais de nível médio (102,8 horas/dia) é explicada pelo fato de as primeiras serem em menor número que os demais.

**Quadro 13 – Carga média de trabalho, por categoria profissional, por tipo de cuidado, na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007**

<b>CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (Cjk)</b>		
	<b>Enfermeira</b>	<b>Auxiliares/Técnicos</b>
<b>Tipo de cuidado</b>	$\frac{P_{j\text{ enf}}}{100}(n_j \cdot h_j)$	$\frac{P_{j\text{ aux / tec}}}{100}(n_j \cdot h_j)$
<b>Cuidados intensivos</b>	0,2	1,6
<b>Cuidados semi-intensivos</b>	0,9	8,0
<b>Cuidados de alta dependência</b>	2,7	24,0
<b>Cuidados intermediários</b>	2,5	22,3
<b>Cuidados mínimos</b>	5,2	46,8
	<b>11,4</b>	<b>102,8</b>

Fonte: Gaidzinski (2006)

A média diária de pacientes obtida no período de coleta de dados foi traduzida em porcentagem. No quadro 14 estão apresentados os resultados de aplicação de Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP) em quatro clínicas cirúrgicas de hospitais universitários do Paraná e São Paulo. Nas clínicas cirúrgicas do HC/UFPR e do Hospital Universitário da USP foi aplicado o SCP de Fugulin (2002). Observa-se que a maioria dos pacientes nessas clínicas requeria cuidados mínimos de Enfermagem, seguidos de cuidados intermediários. Há aproximação entre essas duas clínicas com relação a pacientes que requerem cuidados de alta dependência.

**Quadro 14 – Porcentagem de pacientes, por tipo de cuidado, encontrada em quatro clínicas cirúrgicas de hospitais universitários do Paraná e São Paulo, mediante a aplicação de Sistemas de Classificação de Pacientes**

<b>Tipo de cuidado</b>	<b>Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR</b>	<b>Clínica cirúrgica Hospital Universitário da USP<sup>1</sup></b>	<b>Clínica cirúrgica do Hospital do Oeste do Paraná<sup>2</sup></b>	<b>Clínica cirúrgica do Hospital São Paulo<sup>3</sup></b>
Cuidados mínimos	64,55%	59,92%	30,9%	24%
Cuidados intermediários	18,23%	30,60%	45,1%	55%
Cuidados de alta dependência	12,03%	9,42%	----	----
Cuidados semi-intensivos	4,58%	0,05%	14,6%	17%
Cuidados intensivos	0,61%	0,01%	9,4%	4%
Total	100%	100%	100%	100%

Fontes: Fugulin e Silva(2005)<sup>1</sup>; Nicola (2004)<sup>2</sup>; Fakih, Carmagnani e Cunha (2006)<sup>3</sup>

Por sua vez, nas clínicas cirúrgicas do Hospital do Oeste do Paraná e do Hospital de São Paulo foi aplicado o SCP de Perroca. Observa-se que há maior incidência de pacientes que demandam cuidados intermediários, e de cuidados mínimos. Observa-se também que o número de pacientes de cuidado semi-intensivo é mais elevado que as duas clínicas em que foi utilizado o SCP de Fugulin (2002).

Pondera-se que, como SCP de Perroca não classifica pacientes de alta dependência, pacientes que se enquadrariam nessa categoria, seriam classificados como de cuidados semi-intensivos. Fugulin (2002) já havia observado que na realidade da instituição de seu estudo, que “[...] o perfil assistencial e as horas de assistência de Enfermagem prestadas a esses pacientes são muito semelhantes” (FUGULIN, 2002, p.71). Nesse caso, foram utilizadas as mesmas horas destinadas a pacientes de cuidados semi-intensivos.

A partir dessas considerações, pode-se inferir, que se os pacientes classificados como de alta dependência na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR e na Clínica cirúrgica do Hospital Universitário da USP fossem avaliados pelo SCP de Perroca, seria possível que o percentual atribuído a pacientes de cuidados semi-intensivos fosse maior e muito semelhante aos percentuais encontrados nos outros dois hospitais avaliados por esse sistema.

Fica evidenciada, ao se analisar o Quadro 14, a relevância de estudos que utilizam SCP's para dimensionamento de pessoal, uma vez que estes permitem estimar a carga de trabalho da Equipe de Enfermagem de acordo com as reais características da clientela.

Por sua vez, a jornada de trabalho ( $t_i$ ) de todas as categorias profissionais de Enfermagem na CAD é de seis horas diárias para profissionais dos turnos diurnos e doze horas para os do serviço noturno, que somam 30 horas semanais.

Para identificar a jornada efetiva de trabalho ( $t_{\text{efetivo}}$ ), ou seja, o tempo que realmente os profissionais estão desenvolvendo atividades relacionadas a seus respectivos cargos, foi necessário conhecer a proporção do tempo produtivo de cada categoria profissional ( $\rho_k$ ).

No entendimento de Málaga-Lodoño, Morera e Valverde (2004, p. 434), a produtividade dos recursos humanos “[...] estabelece a interação entre os recursos e o volume de atividades intermediárias e finais realizadas” no processo produtivo. No caso, entende-se nesse trabalho que os cuidados indiretos são as atividades intermediárias do processo de cuidar em Enfermagem, realizadas para que a atividade final, que é o cuidado direto, seja viabilizado.

A proporção do tempo produtivo da categoria enfermeira ( $\rho_e$ ) na CAD, identificada a partir de observação sistemática, já descrita no Capítulo Metodologia, foi de 89,25%. Já para as categorias de técnico e auxiliares de Enfermagem foi identificado o valor de 77,64%.

Eventualmente, quando a produtividade não estiver incluída nas horas médias adotadas para o dimensionamento, Gaidzinski, Fugulin e Castilho (*in*: KURCGANT, 2005), recomendam “[...] que sejam consideradas as perdas de produtividade dos trabalhadores de Enfermagem, mediante a redução das horas disponíveis do trabalhador em seus turnos de trabalho” e também a utilização do percentual de 85% de tempo produtivo, considerado por Wang (1996) como excelente. Para esse autor, produtividade menor que 60% é considerada insatisfatória; entre 60% e 75% é satisfatória; entre 75% e 85% excelente, e acima de 85% torna-se suspeita, porque dificilmente pode ser alcançada.

Logo, segundo seu critério, pode-se afirmar, a partir das observações sistemáticas, que as enfermeiras e os profissionais de Enfermagem de nível médio observados apresentaram alta produtividade no exercício de suas atividades, durante o período de coleta de dados. Portanto, os valores observados foram aplicados aos cálculos para a CAD.

Para que o cálculo de pessoal de Enfermagem seja efetuado, é necessário estabelecer o índice relativo a cada tipo de ausência dos profissionais. As ausências ao trabalho são classificadas como previstas, que são as folgas semanais, feriados e férias; e as não previstas, como as faltas não justificadas, os afastamentos pelos diferentes tipos de licenças: médica, maternidade, prêmio, e outras licenças como casamento, nojo, paternidade, entre outras.

O Índice de Segurança Técnica (IST) representa o acréscimo de pessoal de Enfermagem necessário para suprir ausências previstas e não previstas dos profissionais de Enfermagem de uma unidade. A equação abaixo é utilizada para o cálculo do IST (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005):

$$IST_k \% = \left\{ \left[ \left( 1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{V_k \%}{100} \right) \cdot \left( 1 + \frac{A_k \%}{100} \right) \right] - 1 \right\} \cdot 100$$

A seguir, explicita-se como são obtidos os componentes do IST. Os índices referentes a cada tipo de ausência foram calculados baseados nas equações apresentadas por Gaidzinski (1998).

Para a definição do índice de ausências previstas por folga semanal, foram consideradas as duas folgas semanais a que cada profissional de Enfermagem do HC/UFPR tem direito, por cumprir carga horária semanal de 30 horas. A equação para sua definição é a seguinte:

$$E\% = \frac{e}{d - e} \cdot 100$$

na qual:



$E\%$  = percentual de folgas;

$e$  = Número de dias de folga, por semana, dos profissionais de Enfermagem;

$d$  = Número de dias trabalhados na unidade, na semana.

No caso do HC/UFPR o percentual de folgas é muito elevado, pois implica acréscimo de 40% de profissionais, além dos calculados para suprir a carga média diária de trabalho de Enfermagem. Esse valor é decorrente de uma jornada de trabalho de 30 horas semanais. Para se ter idéia da magnitude desse percentual de folgas, em um hospital que pratica jornada de trabalho semanal de 36 horas o índice de folgas é equivalente a 16%.

O índice de ausências previstas por feriado é calculado considerando-se os dias de feriados definidos pela instituição, e obtido pela seguinte equação:

$$F\% = \frac{f}{D - f} \cdot 100$$

na qual:

$F\%$  = percentual de dias feriados;

$f$  = dias feriados no ano;

$D$  = dias do ano, 365 dias.

O percentual de dias de feriado concedidos pela Direção do HC/UFPR no período de agosto de 2006 a agosto de 2007 foi de 4%, relativos a 15 dias. Esse número excessivo de feriados autorizados deve-se ao fato de que são considerados os nacionais e os próprios da Universidade Federal do Paraná, bem como os recessos escolares autorizados quando um feriado ocorre próximo ao final de semana.

Vale ressaltar que nos feriados e recessos os serviços hospitalares funcionam na modalidade de plantão. Os profissionais que trabalham nesses dias folgam em outros ou ficam com créditos em um banco de horas, a serem usufruídas conforme sua necessidade.

No cálculo do percentual de ausências previstas por férias considera-se o número de dias de férias anuais a que cada categoria profissional tem direito por lei, e é obtido pela seguinte equação:

$$V_K \% = \frac{v_k}{D - v_k} \bullet 100$$

na qual:

$V_K \%$  = percentual de férias, segundo a categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeira, técnico e auxiliar);

$v_k$  = média de dias de férias da categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeira, técnico e auxiliar);

D = dias do ano, 365 dias.

O percentual de dias de férias para todos os profissionais técnico-administrativos do hospital é de 9%, relativo a 30 dias.

Para calcular o percentual de ausências não previstas por categoria profissional, foram coletadas informações nas escalas mensais de trabalho da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo no período de um ano (agosto de 2006 a agosto de 2007). Foram obtidos os percentuais de 4% para enfermeiras e 40,5% para as demais categorias profissionais, a partir da seguinte equação:

$$A_K \% = \left( \frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \bullet 100$$

em que:

$A_K \%$  = percentual de ausências não previstas, segundo a categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeira, técnico e auxiliar);

$\sum_i a_{k,i}$  = somatório dos dias médios de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências (faltas, licenças e suspensões) por categoria profissional<sub>k</sub> (enfermeira, técnico e auxiliar);

D = dias do ano, 365 dias.

Realizados os cálculos por categoria profissional da CAD obteve-se um índice de segurança técnica (IST) para enfermeira no valor de 1,61(60%) e para os profissionais de nível médio um valor de 1,79 (79%). Este índice é considerado

elevado e pode ser explicado porque a jornada de trabalho de 30 horas semanais implica em 1,40 (40%) deste índice. Ademais, é alto o absenteísmo entre os profissionais de nível médio da CAD por motivos de doença.

Ao se comparar o IST estimado para a unidade com o encontrado no Hospital São Paulo (1,30 /30%) (FAKIH; CARMAGNANI; CUNHA, 2006) e no Hospital do Oeste do Paraná (1,43 / 43% para enfermeiras e 1,38 / 38% para profissionais de nível médio) tem-se um juízo de sua magnitude.

O absenteísmo, de acordo com Souza (2006, s.p), deriva da palavra francesa *absentéisme*, e “[...] significa pessoa que falta ao trabalho, ou ainda, ausência no serviço por inúmeros motivos, propositais ou por circunstâncias alheias à vontade do trabalhador”. No contexto desse trabalho, não são consideradas como absenteísmo as ausências previstas por folgas e férias. Incluem-se como absenteísmo as ausências não previstas por faltas, licenças médicas, licenças-maternidade, licença-prêmio, entre outras.

Devido ao fato de os percentuais obtidos na CAD revelarem alto absenteísmo entre os profissionais de nível médio, constatou-se a necessidade de aprofundamento nesse tema para descrever os motivos dessas ausências ao trabalho.

## **6.1 O absenteísmo na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR**

Para caracterizar os motivos de ausências não previstas dos profissionais da CAD, foram obtidas informações junto ao Serviço de Avaliação e Perícia de Saúde (SAPS), que é um serviço vinculado à Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis da UFPR e

[...] tem por finalidade realizar perícias para homologação de licenças para tratamento de saúde, concessão de aposentadorias por invalidez, benefício de pensão e isenção de Imposto de Renda, assim como proceder avaliação das seqüelas de acidentes em serviço (UFPR, 2007f, s.p).

As informações foram obtidas por meio de consulta a relatório institucional do SAPS e são relativas às ausências por motivo de saúde que afastaram profissionais da CAD no período de 28/02 a 25/10/07, correspondente a 239 dias de trabalho

nesta unidade. Foram solicitadas também ao SAPS informações relativas a ausências de períodos anteriores, porém estas não puderam ser disponibilizadas.

A análise dos dados revela que, nesse período, houve 752 dias em que profissionais da unidade estavam afastados do trabalho. Os afastamentos foram concedidos mediante diagnóstico médico baseado na Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10) e totalizaram 21 diagnósticos diferentes.

Os motivos de afastamentos foram enquadrados nos capítulos da CID-10 e foram devidos a: i) exame médico geral; ii) convalescença após cirurgia; iii) infecções agudas das vias aéreas superiores; iv) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; v) doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; vi) doenças do aparelho geniturinário; vii) transtornos mentais e comportamentais; e, viii) doenças do sistema nervoso.

Os dados chamam a atenção para o fato de que, do total de dias de afastamentos, 501 dias foram motivados por agravos da saúde mental definidos pelo Capítulo V da CID-10 como transtornos mentais e comportamentais, e que inclui também os transtornos do desenvolvimento psicológico. Dentre os afastamentos por esse motivo, destacam-se os seguintes diagnósticos nesse grupo de profissionais: i) transtorno afetivo bipolar; ii) episódios depressivos (episódio depressivo leve, transtorno depressivo recorrente); iii) reações ao estresse grave e transtornos de adaptação; e, iv) neurastenia.

Na categoria 'auxiliares de Enfermagem', os afastamentos por agravos de saúde mental foram responsáveis por 471 dias, variando de um a sessenta dias de ausências. Contudo, nesse total, são consideradas também as prorrogações das licenças por mais sessenta dias após a reavaliação do profissional pelo médico do trabalho. As demais ausências foram da categoria 'técnico de Enfermagem', representando 30 dias de ausências na unidade.

De janeiro a agosto de 2007 houve afastamentos de quatro profissionais por motivos de saúde mental, sendo dois técnicos e dois auxiliares de Enfermagem. As datas de afastamentos constantes no relatório revelam que por cinco vezes foram concedidas licenças-saúde por 60 dias, por uma vez foi concedida licença por 52

dias, por quatro vezes foram concedidas licenças por 30 dias e por uma vez foi concedida licença por 19 dias. As demais licenças foram concedidas por um, dois, nove e quinze dias. Assim, o adoecimento desses profissionais teve impacto significativo no processo de trabalho, pois seus afastamentos implicaram déficit no quadro quali-quantitativo da unidade.

No entendimento de Mazur (2007) existe a necessidade de se esclarecer que os agravos de saúde mental não se referem estritamente às psicopatologias manifestadas, mas também que as condições às quais as mentes dos indivíduos têm sido submetidas favorecem o processo de adoecimento. Deve ser considerado também que, particularmente no âmbito do trabalho, existem situações e condições que favorecem que o indivíduo tenha perturbações ou agravo de sua saúde mental. Nesse sentido, Felli e Tronchin (2005, p.100) afirmam que a saúde dos profissionais de Enfermagem é afetada pelo contexto em que vive e pela “[...] exposição destes às cargas de trabalho como geradoras de processos destrutivos que conduzem a processos desgastantes e, portanto, potencializadores dos processos saúde-doença gerados no momento de trabalho”.

As causas do absenteísmo por doença se devem a múltiplos fatores que incidem sobre a vida do profissional e podem ter diversas origens (social, biológica, familiar, financeira, funcional, dentre outras), assim, as fontes geradoras de estresse são sentidas e interpretadas de maneira diferente pelos indivíduos, e os níveis do estresse sentidos entre os profissionais de um mesmo contexto de trabalho variam devido às suas características pessoais e à capacidade que cada indivíduo tem em reagir frente aos estressores ambientais. Margis *et al.* (2006) afirmam que fatores genéticos têm influência na suscetibilidade de cada indivíduo frente a eventos estressores. Esses eventos, de acordo com os autores, “[...] podem ser entendidos como preditores ambientais de ansiedade e depressão” (MARGIS *et al.*, 2006, p. 71).

Não se pode atribuir ‘culpa’ predominante ao ambiente de trabalho pelo processo de adoecimento dos profissionais de Enfermagem, no entanto, recentes estudos citados por Barboza e Soler (2003), que analisaram aspectos que podem influenciar as atividades no trabalho, encontraram fatores intra, peri e extralaborais. Esses fatores referem-se: i) às condições do ambiente físico; ii) aos riscos

ocupacionais; iii) aos de higiene; iv) à estruturação e segurança do setor de trabalho; v) à situação social de vida; vi) do processo de trabalho; vii) à organização e divisão das atividades; viii) aos meios disponíveis para o exercício profissional; ix) à jornada de trabalho semanal, ao turno, alimentação e transporte; x) à situação social de moradia e condições de deslocamento; xi) à interação pessoal com os demais; e, xii) às relações entre produção e salário.

Fatores inerentes à organização do trabalho, tais como a falta de condições materiais para prestação de assistência com qualidade e recursos humanos insuficientes, foram citados como causadores de desconforto e sofrimento em pesquisa realizada por Beck (2000) citada por Lemos, Cruz e Botomé (2002) com 46 trabalhadores de Enfermagem que trabalhavam em unidades críticas. Contudo, como os profissionais têm prestado assistência apesar de condições de trabalho adversas, o estudo aponta para a utilização de mecanismos de defesa, utilizados mesmo que inconscientemente, como a negação, a sublimação e a banalização do sofrimento, da assistência e até das informações prestadas aos pacientes e seus familiares.

É importante salientar que pelo menos um episódio de transtorno mental pode ocorrer em 31 a 50% da população brasileira. Desse total, cerca de 20 a 40% dos indivíduos necessitam de ajuda profissional (DALGALARRONDO citado por SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

A elevada morbidade relacionada a agravos de saúde mental na realidade brasileira foi discutida na 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná (PARANÁ, 2000), cujo relatório aponta que: i) em geral, há dificuldade dos profissionais conceituarem o que é saúde mental; ii) que a assistência em saúde mental prioriza o atendimento apenas ao doente mental crônico; e, iii) há ausência de programas para a promoção, prevenção e esclarecimento sobre saúde mental à população, dentre outras dificuldades. Contudo, pouca ênfase foi dada no relatório acerca da saúde mental dos trabalhadores.

Ao final da conferência foram propostas diversas ações para atuação dos profissionais no âmbito da saúde mental no Paraná. São destacadas, particularmente para esse estudo, as relacionadas à saúde do trabalhador: i)

estimular empresas e instituições públicas e privadas a criar programas de prevenção e controle do estresse e dependências químicas, etc.; ii) garantir assistência de saúde mental a todos os profissionais; iii) garantir a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde, por meio de supervisão clínica e institucional, reciclagem e cursos; e, iv) realizar estudos sobre o impacto de doenças ocupacionais sobre a saúde mental dos profissionais.

A temática da saúde do trabalhador foi objeto de discussão na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, que operacionalizou o Plano Municipal de Saúde para o triênio 2006/2009. Dentre as propostas aprovadas para a saúde do trabalhador destacam-se as de: i) estimular ações de promoção à saúde mental dos trabalhadores nas instituições públicas e privadas; e, ii) garantir atendimento em saúde mental para o trabalhador em saúde que deseje apoio psicológico e/ou psiquiátrico (PARANÁ, 2007).

O adoecimento dos profissionais de saúde é, de certo modo, imprevisível. O comprometimento da instituição com a saúde de seus profissionais deve ocorrer, pois os afastamentos por motivos de doença repercutem na precarização do trabalho, diminuição da qualidade dos serviços prestados e possíveis danos aos pacientes decorrentes dessa situação, além dos custos decorrentes desses afastamentos.

Cabe enfatizar que compete ao programa de higiene e segurança do trabalho da instituição de saúde elaborar um conjunto de normas e procedimentos que tenham por objetivo proteger a integridade física e psíquica do profissional, resguardando-o dos riscos à saúde decorrentes do ambiente de trabalho em que atua e relativos ao exercício de suas funções (TACHIZAWA; FERREIRA; FORTUNA, 2001).

Nesse contexto, a gerência da Equipe de Enfermagem da instituição deve estar capacitada a detectar situações e condições desencadeadoras de estresse e buscar implantar medidas que resolvam ou atenuem as situações estressoras, quando possível. Além disso, a gerente pode detectar sinais e sintomas apresentados pelos profissionais de sua equipe, tendo em vista que, para que esses profissionais possam cuidar dos pacientes é necessário que estejam bem, sejam cuidados e que se cuidem. Quando houver necessidade, o profissional deverá encaminhado para atendimento específico, evitando que, ao cuidar, o profissional

coloque em risco a integridade dos pacientes que atende, e que também possa iniciar precocemente seu tratamento com vistas à melhoria de sua condição de saúde (MAZUR, 2007).

Além de fatores ambientais e relacionais que influenciam a saúde dos profissionais da área da saúde, há outros também relacionados a condições laborais, tais como: i) excesso de trabalho; ii) falta de equipamentos; iii) falta de supervisão; e, iv) falta qualificação do profissional para exercer as atividades que lhes são atribuídas. Diante desse panorama, enfatiza-se que o sistema de classificação de pacientes, utilizado no dimensionamento de pessoal de Enfermagem para serviços de saúde, é um instrumento gerencial imprescindível para o planejamento da assistência. Permite estimar adequadamente a carga de trabalho dos profissionais, os equipamentos, e demais custos, de acordo com as necessidades dos pacientes, visando ao atendimento com qualidade não só sob o ponto de vista numérico, mas sob a perspectiva de qualificação profissional.

Essas evidências requereram uma investigação mais minuciosa em buscas das causas dessas ausências na unidade.

Dados constantes nas escalas mensais de trabalho da unidade, no período de Agosto de 2006 a Agosto de 2007, revelam que para a CAD atender os pacientes com o quadro mínimo de pessoal são necessárias horas-extras. Os profissionais da própria CAD e de outras unidades de internação do HC/UFPR são convidados a fazer horas-extras na unidade, a fim de que não haja déficit na escala de trabalho.

Contudo, dados levantados pela pesquisadora mostram que de agosto a dezembro de 2006 foram realizadas 2.832 horas-extras na unidade. Desse total, 1.824 horas foram prestadas por profissionais de Enfermagem da própria unidade. Esses dados podem estar afetando a saúde desses profissionais, pois geralmente eles 'emendam' um turno no outro, o que pode causar diversas consequências como: i) cansaço; ii) falta de atenção; iii) irritabilidade; erros na prestação de cuidados, dentre outras.

No entanto, o período de janeiro a agosto de 2007 parece ter sido mais crítico para a CAD. O total de horas-extras necessárias para atender os pacientes com



escala mínima mensal, foi de 4.770 horas, superando o semestre anterior em 2.946 horas-extras. Desse total de horas-extras efetuadas na unidade (4.770), os profissionais da CAD foram responsáveis por 2.717 horas de trabalho, além do cumprimento de sua carga horária regular de trabalho, nesse período. Assim, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007, foram realizados por esses profissionais 579 plantões. O Quadro 15 demonstra o número de plantões, realizados por turno, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007.

**Quadro 15 – Distribuição do número de plantões em modalidade de hora-extra realizados por profissionais da Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007**

<b>Ano 2006</b>	Manhã	Tarde	Noite	Total profissionais CAD	de da
	n° de plantões	n° de plantões	n° de plantões		
Agosto	22	15	6	18	
Setembro	18	19	10	18	
Outubro	12	21	2	18	
Novembro	31	21	2	18	
Dezembro	12	16	10	19	
<b>Ano 2007</b>					
Janeiro	19	12	11	19	
Fevereiro	16	13	21	20	
Março	15	25	10	20	
Abril	18	13	15	20	
Mai	13	21	9	17	
Junho	13	11	2	17	
Julho	20	19	14	17	
Agosto	24	22	6	17	
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>228</b>	<b>118</b>	<b>-----</b>	

Fonte: Escalas de trabalho da CAD (HC/UPPR, 2007e)

O acesso da pesquisadora ao livro de registros da unidade possibilitou a coleta de informações relativas a manifestações dos profissionais de Enfermagem com relação ao déficit de pessoal para cuidar dos pacientes na unidade. De Janeiro a Julho de 2007 houve sete registros referentes à grande carga de trabalho e o reduzido número de profissionais na unidade. Dentre as reclamações, consta o fato de haver pacientes dependentes, em isolamento e em período pós-operatório imediato, e o número insuficiente de membros da Equipe de Enfermagem para cuidá-los adequadamente. Em pelo menos dois dos registros são relatadas as dificuldades de realizar todos os cuidados aos pacientes devido à sua complexidade,

assim como é justificada a realização somente de cuidados essenciais. O déficit de profissionais é apontado em todos os registros.

O número de horas-extras que é autorizado por mês, por profissional, pelo HC/UFPR é de 44 horas. Esse valor foi definido por meio da Ordem de Serviço n° 084/2007 da Direção Geral do hospital, que define normas para pagamento de horas-extras. Para o pagamento dessas horas considerou-se:

- [...] a necessidade de rigoroso controle de custos no hospital;
- que a realização de horas-extras deve ocorrer somente em casos excepcionais;
- os limites legais estabelecidos de 44 horas mensais (no máximo) e 90 horas-extras anuais para servidores;
- a Recomendação n° 03/2006 da Procuradoria da República do estado do Paraná que permite, excepcionalmente, o pagamento de horas-extras acima do limite para servidores;
- as Ordens de Serviço n° 41 e 45/2006;
- que a partir do dia 01 de março de 2007, iniciou o controle das horas-extras pela comprovação do controle do acesso (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007g, s.p).

A ordem de serviço determina, em um de seus itens, que em situações excepcionais, quando houver necessidade de ultrapassar os limites legais de horas-extras, estas deverão ser autorizadas pela Direção de área, assim como ser devidamente comprovadas, por meio do controle de acesso, e a gerência de Enfermagem de cada unidade deverá controlar o número de horas-extras, por profissional, bem como assinar as folhas-ponto (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, 2007g, s.p). Assim, no período analisado (um ano), somente um profissional de Enfermagem da CAD ultrapassou o número de horas-extras mensais permitidas pelo hospital.

Diante de tal panorama, pode-se inferir que carga de trabalho da Enfermagem da unidade é elevada, podendo contribuir como possível agente estressor e para o elevado número de afastamentos de seus profissionais nessa unidade.

Além disso, a necessidade de haver profissionais realizando horas-extras torna-se também oneroso para o hospital, já que a maioria das unidades utiliza esse mecanismo para suprir o déficit de pessoal, e trabalhar com o quadro mínimo de profissionais para prestar cuidados, além do fato de que profissionais afastados não produzem mais e continuam recebendo seus salários. Uma política de recursos humanos mais efetiva torna-se necessária para incrementar as instituições com um

quadro de pessoal condizente às necessidades da população, além de proporcionar condições dignas de trabalho a seus profissionais.

## **6.2 O quantitativo de pessoal de Enfermagem para a CAD**

Inicialmente, utilizou-se a porcentagem calculada a partir da média diária de pacientes da CAD segundo os cuidados requeridos (Quadro 14), e projetou-as para 16 leitos, que são os leitos atualmente ativos na unidade. Esse procedimento foi realizado, pois foi considerado que para que o cuidado ao paciente seja seguro e de acordo com suas necessidades, a unidade tem que estar apta a garantir assistência necessária e de qualidade, ou seja, com quantitativo e o qualitativo de pessoal condizente ao cuidado requerido.

Percebeu-se no decorrer da pesquisa que há variabilidade nos dias do mês com relação à complexidade e intensidade de cuidados apresentada pelos pacientes. No período de coleta de dados houve dias em que a maioria dos pacientes demandava cuidados menos complexos, porém, quando houve dias em que as necessidades dos pacientes demandavam cuidados mais complexos, percebeu-se que houve necessidade de a gerência de Enfermagem recrutar profissionais para realizar horas-extras na unidade.

Para 16 leitos, conforme pode ser observado na Planilha (APÊNDICE X), disponibilizada por Gaidzinski (2006), a CAD requer em atividade 23,3 profissionais nas 24 horas. No entanto, o pessoal necessário para a cobertura de acordo com os índices de segurança técnica calculados, para enfermeiras e profissionais de nível médio, é de 11,5. Assim, o total de profissionais de Enfermagem requerido pela CAD é de 29 profissionais. Salienta-se que no mês de Agosto a unidade contava com 18 profissionais, revelando que a CAD desenvolve suas atividades com o quadro mínimo de membros da Equipe de Enfermagem, porém, nos dias em que há pacientes com cuidados de maior complexidade, lança mão do recurso de recrutamento de pessoal para trabalhar horas-extras.

Contudo, a unidade tem capacidade instalada de 22 leitos, que foram desativados em 2004 devido à insuficiência de pessoal de Enfermagem. O fato de o hospital receber recursos do SUS por produtividade representa um apelo tácito para que esses leitos sejam ativados. Portanto, calculou-se o número de profissionais de

Enfermagem para o atendimento a 22 leitos (APÊNDICE XI), conforme pode ser observado no Quadro 16. Nesse caso, seriam necessários 24 profissionais para cobertura diária e 15,4 para a cobertura das ausências, perfazendo um total de 38 profissionais, sendo dois desses enfermeiras.

**Quadro 16 – Projeção da distribuição de profissionais de Enfermagem, por categoria, necessários para a Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR, 2007**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Projeção para 16 leitos</b>	<b>Projeção para 22 leitos</b>
Enfermeira	2	2
Auxiliares e técnicos de Enfermagem	27	36
<b>Total de profissionais</b>	<b>29</b>	<b>38</b>

O número insuficiente de profissionais de Enfermagem na unidade pode refletir na qualidade do cuidado prestado, pois a demanda de trabalho nos hospitais tem aumentado à medida que os aumentam agravos de saúde da população.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é um hospital público, integrante do Ministério da Educação e integrante do Sistema Único de Saúde, que o regulam, fiscalizam e fornecem recursos. Portanto, submete-se a políticas públicas que interferem na determinação de: suas finalidades; suas metas; seu domínio, ou seja, as exigências a que o hospital se auto-impõe em termos de coberturas de doenças, população atendida e serviços que executa; financiamento, modelo de gestão, entre outros. Logo, são fatores do ambiente operacional que influenciam seu ambiente interno, e consequentemente, os seus processos produtivos: assistenciais, de ensino e de pesquisa.

O ambiente operacional define o acesso ou restrições para a obtenção de recursos financeiros, humanos, tecnológicos, de informação, entre outros, necessários ao processo de cuidar da Enfermagem. Por conseguinte, o ambiente operacional do hospital constitui-se de fatores que determinam suas potencialidades, mas também suas fragilidades.

Nessa pesquisa não foram consideradas as finalidades de ensino e pesquisa do HC/UFPR, pois a ênfase foi dada à dimensão da assistência à saúde e ao dimensionamento de pessoal de Enfermagem, necessário ao cuidado de qualidade na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo. O dimensionamento de pessoal possibilita estimar o número e qualificação dos membros da Equipe de Enfermagem de uma unidade de internação, com o objetivo de atender às necessidades de cuidado apresentadas pelos pacientes, de acordo com a qualidade almejada pela instituição.

A partir dos pressupostos de que o dimensionamento sofre influências de fatores dos ambientes operacional e interno da instituição, e que a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) permite um dimensionamento condizente com as características e peculiaridades de cada unidade de internação, delineou-se um estudo de caso com o objetivo de realizar o dimensionamento de profissionais de Enfermagem requeridos em uma unidade cirúrgica de um hospital

de ensino, associando-o à análise conjunta de fatores dos ambientes operacional e interno e identificados como intervenientes no processo de cuidar da unidade.

O método do estudo de caso foi avaliado como apropriado para essa pesquisa, pois permitiu que fossem utilizadas múltiplas fontes de evidências, obtidas por diversas técnicas, tais como observação sistemática da realidade e de documentos institucionais, entrevistas e aplicações de formulários a profissionais e pacientes, permitindo explicar, descrever, avaliar e explorar os fatores intervenientes no dimensionamento de pessoal para a CAD do HC/UFPR.

O estudo permitiu a descrição das características do ambiente organizacional e suas influências no processo de cuidar.

Foi possível descrever o processo de cuidar e identificar as atividades de cuidado indireto ao paciente e de cuidado pessoal dos profissionais da Equipe de Enfermagem da unidade cirúrgica.

A comparação dos Sistemas de Classificação de Pacientes de Fugulin e Perroca permitiu a seleção do SCP a ser utilizado no estudo.

A caracterização do perfil dos pacientes internados (aspectos demográficos, clínicos e de internação) e a classificação destes na unidade cirúrgica, de acordo com a complexidade dos cuidados requeridos da Enfermagem permitiu a descrição detalhada do tipo de clientela assistida na unidade.

Foi possível ainda identificar o quantitativo de ausências previstas e não previstas da equipe de Enfermagem, identificar os motivos do absenteísmo e levantar dados sobre a produtividade de profissionais de Enfermagem na unidade cirúrgica.

A análise dos dados foi ampla, pois foi utilizada tanto a abordagem qualitativa como quantitativa. Os resultados acerca do perfil da clientela e da classificação dos pacientes podem ser generalizáveis para a CAD. Embora não se possa generalizar os resultados para outros hospitais, é possível generalizar que os fatores dos ambientes operacional e interno que influenciam no dimensionamento de pessoal em hospitais com as mesmas características do HC/UFPR. Assim, foi possível inferir

que essa pesquisa descreveu características organizacionais e de seu ambiente operacional, assim como descreveu conexões de relevância teórica para a temática de dimensionamento de pessoal de Enfermagem.

Há que se ressaltar que a Enfermagem da CAD preza a humanização e a qualidade da assistência, e reconhece as condições indispensáveis para prestar o cuidado que o paciente requer. Ademais, apesar de condições de trabalho muitas vezes adversas, sua produtividade é alta e há comprometimento com o trabalho. Para a consecução de seu trabalho, a equipe de Enfermagem realiza atividades de cuidado direto e indireto ao paciente, contando com serviços de apoio, tais como: Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Higienização, e de voluntários.

Comprovou-se que há variabilidade da complexidade dos cuidados requeridos pela clientela, entre os pacientes e nos dias do mês. A maioria dos pacientes da CAD necessita de cuidados mínimos (64,55%) e intermediários (18,23%), embora internem na unidade pacientes de alta dependência (12,3%), de cuidados semi-críticos (4,58%) e críticos (0,61%). Essa situação se explica pelo fato de a unidade ser referência o tratamento de média e alta complexidade na especialidade de cirurgia do aparelho digestivo.

Contudo, as condições de trabalho da Equipe de Enfermagem são deterioradas por falta de pessoal, materiais e equipamentos, e há instalações inadequadas. A jornada de trabalho de 30 horas faz com que haja duas ausências previstas semanais de cada profissional. No entanto, o absenteísmo é alto, bem como, é elevada a incidência de ausências por motivo de saúde, sendo os afastamentos por doença da saúde mental os mais expressivos. Essa situação merece ser estudada a fim de que sejam adotadas medidas preventivas do desgaste profissional, pois na medida em que a instituição prega a adoção de princípios da humanização, esta deve estender-se aos seus clientes internos, ou seja, aos profissionais. A ocorrência de greves reflete as más condições de trabalho e não atendimento das reivindicações salariais e referentes ao plano de carreira dos servidores.

Atualmente, a unidade opera com 16 leitos ativos, dos 22 de capacidade instalada, e somente 18 profissionais de Enfermagem. Comprovou-se, pelo

dimensionamento realizado, que este número atende somente a necessidade diária de profissionais, mas não são levados em conta os diversos tipos de ausências. Assim, a gerência lança mão do recurso de recrutamento de pessoal para o trabalho emergencial (horas-extras), nos dias em que há pacientes em maior número e que exigem cuidados de Enfermagem mais complexos.

Diante deste quadro em que as necessidades dos pacientes são diversas e complexas; o número de profissionais de Enfermagem é insuficiente; as condições de trabalho sofrem restrições devido às políticas econômicas, de educação e de saúde; a jornada de trabalho de 30 horas semanais atende às necessidades pessoais dos profissionais, mas é permissiva à instituição, que não consegue a produtividade necessária; há questões salariais e de planificação de salários não atendidas aos profissionais, questiona-se:

- i) em que medida o hospital tem alcançado a missão de prestar assistência acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e extensão;
- ii) em que medida o Serviço de Enfermagem tem prestado cuidados fundamentados nos princípios da humanização, qualidade e sistematização, proporcionando condições para ensino, pesquisa e extensão, buscando excelência das atividades;
- iii) em que medida a Unidade de Administração de Pessoas tem conseguido administrá-las com harmonia, valorizando-as de acordo com a missão da instituição; e, principalmente,
- iv) em que medida os pacientes e os próprios profissionais da CAD estão sendo compreendidos segundo a perspectiva da integralidade do ser humano e eterna necessidade de cuidado?

Diante desse cenário em que a Enfermagem do HC/UFPR encontra-se, a Coordenação de Enfermagem tem envidado esforços para melhorar as condições de assistência aos pacientes por meio da qualificação profissional e da realocação de pessoal para garantir a assistência, assim como implantar estratégias para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais.



Comprovou-se que o dimensionamento de pessoal de Enfermagem que inclua a análise dos ambientes operacional e interno é um instrumento que fundamenta e enriquece o poder de argumentação da gerente de Enfermagem frente aos níveis decisórios da organização, em defesa da melhoria das condições de trabalho, com vistas à concretização do cuidado, do ensino e da pesquisa de qualidade, de acordo com: valores éticos, organizacionais e da profissão; padrões técnicos; e necessidades dos pacientes e dos profissionais.

Esse trabalho colabora, sobretudo, para o planejamento do processo de cuidar na CAD, quando evidencia as condições de trabalho às quais a unidade está submetida e aponta para as condições necessárias para a prestação de cuidados com qualidade, segurança e produtividade.

O papel da enfermeira nas atividades ensino pode ficar prejudicado, pois a alta demanda de trabalho e as questões de infra-estrutura institucionais tornam-se impeditivas para que essa profissional dedique-se ao acompanhamento dos discentes, tendo em vista que todos os esforços concentram-se na resolução de problemas, como a falta de material, de recursos humanos, recursos físicos, dentre outros. Assim, o ambiente de ensino não propicia condições adequadas de ensino-aprendizagem, desviando um pouco o foco da instituição, que é caracterizada como hospital universitário.

Esta pesquisa contribui para a graduação em Enfermagem no sentido de fornecer informações a respeito da complexidade que envolve o dimensionamento de pessoal de Enfermagem e dos fatores que o influenciam, assim como fornece subsídios para pesquisas semelhantes. Além disso, contribui para a pesquisa brasileira no aprofundamento teórico e metodológico para estudos na linha de pesquisa de dimensionamento de recursos humanos de Enfermagem, e comprova a atualidade e relevância dos aspectos apresentados pela Resolução COFEN 293/04.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamentos do trabalho na Enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041692003000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692003000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 30/10/2007.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de Enfermagem**. 2007. 178p. [Tese]. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

BRASIL. Código de defesa do consumidor. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 12/09/90. Disponível em: <http://www.abradee.com.br/codigo.htm>. Acesso em 22/10/06.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em 20/07/06.

\_\_\_\_\_. Constituição da República do Brasil. Legislação, Jurisprudência, Doutrina e Prática Processual. In: **Juris Síntese IOB**. 63 ed. Porto Alegre: Thompson, 2007a.

\_\_\_\_\_. Decreto-lei n. 2.423, de sete de abril de 1988. Estabelece critérios para pagamento de gratificações e vantagens pecuniárias aos titulares de cargos e empregos da Administração Federal direta e autárquica. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.126, n.66, p. 6009, 8 abr. 1988. Seção 1, pt.1.

\_\_\_\_\_. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - CNES. **Indicadores**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=41](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41). Acesso em 25/10/07b.

\_\_\_\_\_. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde – **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/a15cap.htm>. Acesso em 16/06/07.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br/fiscalizacao/20030512175516/lrf20010.htm>. Acesso em 19/10/07.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11091, de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do plano de carreira dos cargos técnico-administrativos em educação, no âmbito das

instituições federais de ensino vinculadas ao ministério da educação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11091.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11091.htm). Acesso em 20/9/07.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em [http://www.corenpr.org.br/legislacao/reg\\_exer/reg\\_ex03.htm](http://www.corenpr.org.br/legislacao/reg_exer/reg_ex03.htm) Acesso em 20/05/06.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.783, de 28 de junho de 1989.** Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, e dá outras providências. *In: Juris Síntese IOB*. 63 ed. Porto Alegre: Thompson, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Hospitais universitários.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category&sectionid=10&id=97&Itemid=301>. Acesso em 26/08/2007a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf> Acesso em: 25/10/07.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº. 312 de 30 de abril de 2002.** Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. 2002<sup>a</sup>. Disponível em: [http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS\\_P312\\_02informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P312_02informes.doc). Acesso em 16/07/07.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm). Acesso em 20/9/07.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. **Hospitais universitários 2007.** Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CGHU/lista\\_hus.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CGHU/lista_hus.pdf). Acesso em 14/07/07.

BRYMAN, A. **Research methods and organization studies.** London: Unwin Hyman, 1989, 283p.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R.R. **Planejamento da assistência de Enfermagem.** *In: KURCGANT, P. et al. (Org).* Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.

CAMPOS, L.F. **Dimensionamento de pessoal de Enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP.** 2004. 100f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

CERTO, S.C.; PETER, P.; MARCONDES, R.C.; CESAR, AM.R. **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia**. 2. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CHAVES, L.S.; SCHÖNELL, L.H.B. **Avaliação pré-anestésica**. Disponível em: [http://www.famed.ufrgs.br/disciplinas/med03377/anes/livro\\_anes/avaliacaopre.htm](http://www.famed.ufrgs.br/disciplinas/med03377/anes/livro_anes/avaliacaopre.htm). Acesso em 15/08/07.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dados estatísticos**. 2006. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br> Acesso em 30/04/06.

\_\_\_\_\_. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35>. Acesso em 13/08/07.

\_\_\_\_\_. Resolução n° 240/2000. **Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 20/05/06.

\_\_\_\_\_. Resolução n° 293/2004. **Fixa e estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados**. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em 10/06/05.

DIAMANTE, C. **Modelo de gestão para organizações prestadoras de serviços em saúde**. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

FAKIH, F.T.; CARMAGNANI, M.I.S.; CUNHA, I.C.K.O. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em um hospital de ensino. **Rev. Bras Enferm** mar/abr; v.59, n.2, p. 183-7, 2006.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em Enfermagem. In: **Gerenciamento em Enfermagem**. KURCGANT, P(Org). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.1-13.

\_\_\_\_\_; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de Enfermagem. In: **Gerenciamento de Enfermagem**. KURCGANT, P(coord). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.p. 75-88.

FUGULIN, F.M.T. **Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de Enfermagem**. São Paulo, 1997. 75f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem:** avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. São Paulo, 2002. 189p. [Tese]. Programa Interunidades de Doutorado dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. SILVA, R.C. **Estudo comparativo dos instrumentos de Fugulin *et al.* e de Perroca na avaliação do grau de dependência de enfermagem dos pacientes da Unidade de Clínica Médica do HU-USP.** São Paulo, 2005. (Monografia). Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem. In: KURCGANT P. (Org.). **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU; 1991.

\_\_\_\_\_. **Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em instituições hospitalares.** São Paulo, 1998. 118p. Tese [Livre-Docência]. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem. In: KURCGANT, P. *et al.*(Org). **Gerenciamento de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

\_\_\_\_\_. Dimensionamento de pessoal: evolução e tendências. In: **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS: ASPECTOS QUALI-QUANTITATIVOS,** 2006, Curitiba. Disponível em: [http://www.Enfermagem.ufpr.br/evento\\_dimens.htm](http://www.Enfermagem.ufpr.br/evento_dimens.htm). Captado em 26/05/06.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** v.35, n.2, pp.57/63, mar./abr., 1995.

HORTA, W. de. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Assessoria de Planejamento e Custos. **Estatística.** Relatório institucional. Curitiba: HC/UFPR, 2007a.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Enfermagem. Proposta de trabalho para Enfermagem do HC/UFPR. **Relatório institucional.** Curitiba: HC/UFPR, 2007e.

\_\_\_\_\_. Direção de Enfermagem. **Ata da 11ª Reunião do Grupo de Metodologia da Assistência do Hospital de Clínicas da UFPR.** Curitiba: HC/UFPR, 1999. Manuscrito.

\_\_\_\_\_. **Escalas de trabalho da Unidade de Cirurgia Digestiva do HC/UFPR.** Curitiba: HC/UFPR, 2007f. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Ordem de Serviço n. 084/2007-DGHC. **Relatório institucional.** Curitiba, HC/UFPR, 2007g.

\_\_\_\_\_. **Procedência dos pacientes atendidos - 2003-2005.** Curitiba, HC/UFPR, 2007c. Disponível em: <http://www.HC/UFPR.ufpr.br/folder2006/atuacao/assistencia.html#procedencia>. Acesso em: 26/8/07.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 003/2003-COAD/HC/UFPR.** Aprova as Atribuições da Coordenação de Enfermagem. Curitiba: HC/UFPR, 2003.

\_\_\_\_\_. Serviço de Apoio ao Ensino e Extensão. **Relatório institucional** – janeiro a outubro de 2007. Curitiba: HC/UFPR, 2007b.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações Hospitalares. Assessoria de Planejamento e Custos, 2007. **Relatório institucional.** Curitiba, HC/UFPR, 2007d.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **IBGE.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 10/10/07.

\_\_\_\_\_. **Países, 2000.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/>. Acesso em 01/10/07.

JORGE, C.A. A greve do servidor público federal. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 266, 30 mar. 2004. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5018>. Acesso em: 05/06/2007.

JORNAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR. **Edição especial de aniversário.** Ano XIX. Ed. 114. Julho/Agosto. 2007.

KAST, F. E.; ROSENZWEIG, J.E. **Organização e administração:** um enfoque sistêmico. 3 ed., v.2. São Paulo: Pioneira, 1987.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

\_\_\_\_\_; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm.** 2006; v.19, n.1. p.88-91.

LAUS, A.M. **Dimensionamento de pessoal de Enfermagem para as unidades de internação médicas e cirúrgicas no hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto-USP.** 2003. 212f. [Tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

LEMOES, J.C.; CRUZ, R.M.; BOTOMÉ, S.P. Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de Enfermagem. **Estudos de Psicologia.** (Natal) v.7 n.2 Natal, Jul/Dez, 2002.

LAVOR, F.O. A greve no contexto democrático. **Síntese Trabalhista.** n. 82, p.11, abr, 1996.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI, W.D. FILHO.; SILVEIRA, R.S.; SOARES, N.V.; LIPINSKI, J.M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev Latino-am Enferm**, v.12, n.6, nov/dez, Ribeirão Preto, 2004.

MALAGÓN-LONDOÑO, G; MORERA, R.G.; VALVERDE, G.P. **Administração hospitalar**. Trad. Antonio Francisco Dieb Paulo. 2.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.

MALIK, A. M; SCHIESARI, L.M.C. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A.F.; SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul**, Porto Alegre 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01011082003000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01011082003000400008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 30/10/2007.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L.do.; SCHMIDT, R.K. Por una práxis de enfermagem creativa y reflexiva. **Cienc. enferm**. [online]. dic. 2006, vl.12, n.2 p.15-22. Disponible em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S07175532006000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07175532006000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9553. Acesso em 13/10/07.

MAZUR, C.S. **Saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem**: fatores que interferem no ambiente de trabalho. Curitiba, 2007. Monografia (Especialização em Psicologia do Trabalho). Universidade Federal do Paraná. 2007.

\_\_\_\_\_. **Qualidade do cuidado de Enfermagem em unidade cirúrgica de um hospital de ensino**. Relatório final apresentado à disciplina de Vivências da Prática Assistencial do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006. Mimeo.

McCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)**. Trad. Regina Garcez. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEIER, M.J. Projeto de iniciação científica. **Avaliação tecnológica das práticas de cuidar em Enfermagem**. Banpesq: 20051455. Mimeografado.

MELLO, M.C. **Estudo do tempo no trabalho de Enfermagem**: construção de instrumento de classificação de atividades para implantação do método amostragem do trabalho. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo: Manole, 2001.

NICOLA, A.L. **Dimensionamento de pessoal de Enfermagem no hospital universitário do oeste do Paraná.** 2004. 153f. [Tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

NOVAES, H.M. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. 1998. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br>. Acesso em 25/11/06.

PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná.** 2000. Disponível em: [http://200.189.113.52:2080/CES-Bole.nsf/c6ff2e26d291b136032566270074c33f/0231e359bc9901ba83256aa400703e66/\\$FILE/\\_map2l4ku79tfkciae85636\\_.doc](http://200.189.113.52:2080/CES-Bole.nsf/c6ff2e26d291b136032566270074c33f/0231e359bc9901ba83256aa400703e66/$FILE/_map2l4ku79tfkciae85636_.doc). Acesso em 29/10/07.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **8ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba** – a participação popular na construção de um viver saudável. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/planomun.pdf>. Acesso em: 08/11/2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Trajetória do sistema municipal de saúde em Curitiba.** 2007a. Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/index.htm>. Acesso em: 25/9/2007.

PERROCA, M.G. **Sistema de classificação de pacientes: validação clínica de um instrumento.** 1996. 93f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca:** validação clínica. São Paulo, 2000. [Tese] Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_.; GAIDZINSKI, R.R. Análise da validação de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Ribeirão Preto v.12, n.1, jan/fev. 2004.

QUEIJO, A.F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)** [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

RICHARDSON, R.J *et al.* **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, S.P. **Administração:** mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva, 2002.

SANTOS, F.S. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem a partir das necessidades de cuidados de pacientes em uma Unidade de Infectologia. Curitiba, 2007. (Monografia) Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.



SILVA, R.O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SILVA, M.C.F; FUREGATO, A.R.F; JUNIOR, M.L.C. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v.11 n.1, Ribeirão Preto, Jan/Fev, 2003.

SOUZA, L.F.Q. **Absenteísmo no serviço público**. 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9204>. Acesso em 05/06/07.

TACHIZAWA, T.; FERREIRA, V.C.P.; FORTUNA, A.A.M. **Gestão com pessoas: uma abordagem aplicada às estratégias de negócios**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2001.

THOMPSON, J.D. **Dinâmica organizacional: fundamentos sociológicos da teoria administrativa**. Trad. de Gert Meyer; rev. Técnica de Daisy Aparecida Clementino de Souza. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976. 218p. Tradução de Organizations in action: social science bases of administrative theory.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de Enfermagem. *In*: KURCGANT, P. *et al.*(Org). **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Notícias. **Conselho Universitário faz moção de apoio à greve dos servidores**. Curitiba: UFPR, 2007c. Disponível em: <http://www.ufpr.br/adm/templates/index.php?template=3&Cod=2812>. Acesso em 05/07/07.

\_\_\_\_\_. **Pró-reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis**. Curitiba, 2007a. Disponível em: [http://www.ufpr.br/adm/templates/p\\_index.php?template=1&Cod=106&hierarquia=6.2.3.6](http://www.ufpr.br/adm/templates/p_index.php?template=1&Cod=106&hierarquia=6.2.3.6). Acesso em 25/09/07.

\_\_\_\_\_. Pró-Reitoria de Recursos Humanos e Assuntos Estudantis. Serviço de avaliação e perícia de saúde. **Relatório institucional**. 2007b. Disponível em: <http://www.prhae.ufpr.br/unidades/cac/saps.php> Acesso em 26/10/07.

\_\_\_\_\_. Unidade de Administração de Pessoas. **Relatório Enfermagem – 2006**. Relatório institucional. Curitiba: HC/UFPR, 2006.

\_\_\_\_\_. Unidades Administrativas. **Conselho Universitário**. Curitiba: UFPR, 2007. Disponível em: [http://www.ufpr.br/adm/templates/p\\_index.php?template=1&Cod=86&hierarquia=6.2.1](http://www.ufpr.br/adm/templates/p_index.php?template=1&Cod=86&hierarquia=6.2.1). Acesso em 19/07/07.

YAMAMOTO, R.M. **O dimensionamento de pessoal de Enfermagem para o cuidado de qualidade numa organização hospitalar**. Curitiba, 1997, 105f. (Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná – Convênio REPENSUL.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WALTER, P.C. **Dimensionamento de pessoal de Enfermagem no serviço de pronto atendimento de um hospital universitário**. Curitiba, 2006. (Monografia). Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

WANG, B. **Administração financeira em engenharia clínica**. São Paulo; 1996/Workshop/.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care, a theory of nursing**. New York: National League of Nursing, 1988.

WESTPHALEN, M.E.A; CARRARO, T. E. **Metodologia de assistência de Enfermagem** – Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática. Goiânia: AB, 2001.

WOLFF, L.D.G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. 2005. 306f. [Tese] Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

\_\_\_\_\_; MAZUR, C.S.; WIEZBK, C.; QUADROS, V.A.S.; BARROS, C.B. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem na unidade semi-intensiva de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem** (UFPR), v. 2, p. 171-182, 2007.

\_\_\_\_\_; MONTENEGRO, L.C.; MAZUR, C.S. Avaliação da carga de trabalho de enfermagem no cuidar em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. In: **13º Evento de iniciação científica da Universidade Federal do Paraná**. Livro de resumos. Outubro, 2006. p.390.

\_\_\_\_\_. VENTURI, K.K.; SOUZA, L.C. Avaliação da carga de trabalho de Enfermagem no processo de cuidar na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital de Clínicas da UFPR. Projeto de Iniciação Científica. In: **15º Evento de iniciação científica da Universidade Federal do Paraná**. Livro de resumos. Outubro, 2007. p. 417.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

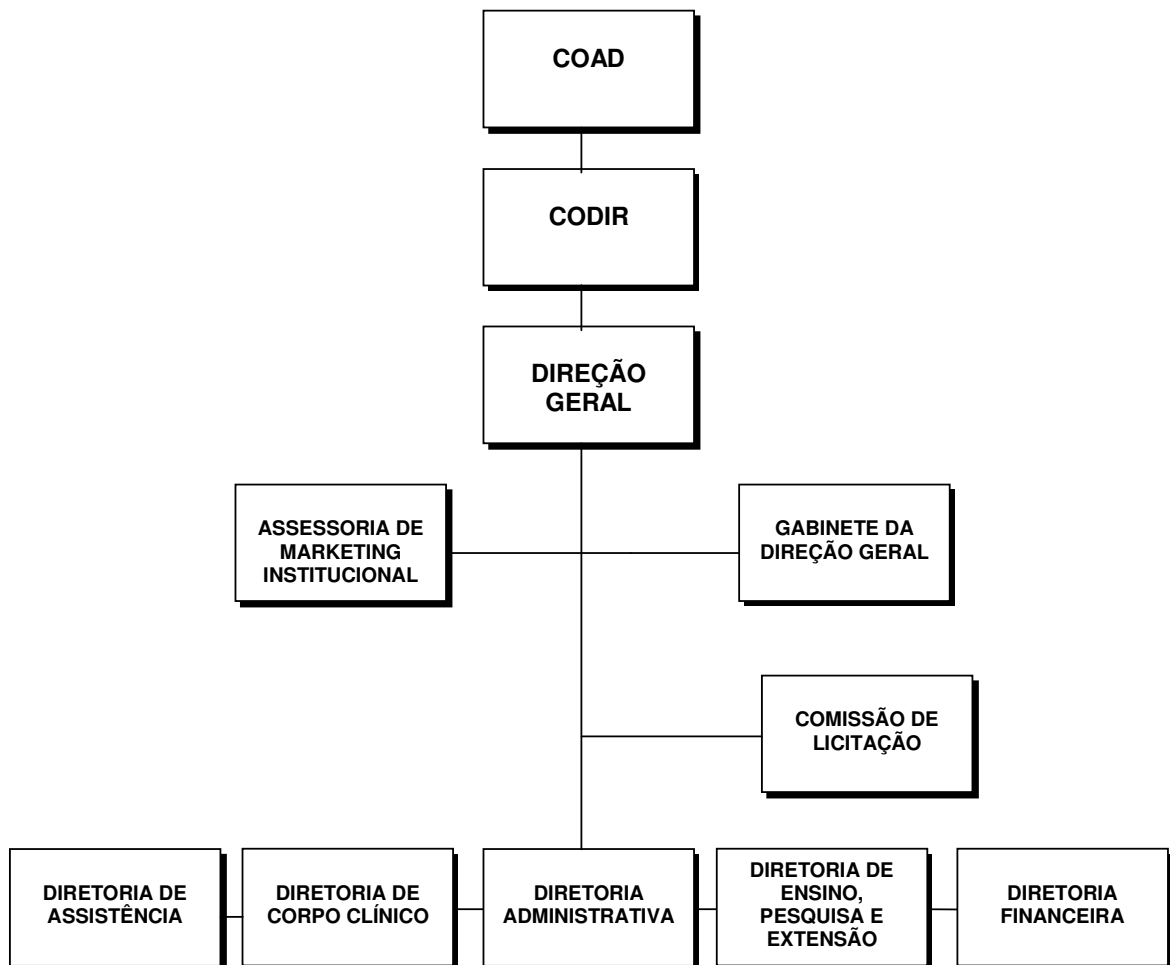
**ANEXOS**

## ANEXO II

ÁREA DE CUIDADO	NÍVEL DE CUIDADO POR COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL				
	INTENSIVO	SEMI-INTENSIVO	ALTA DEPENDÊNCIA	INTERMEDIÁRIO	MÍNIMO
<b>Estado Mental</b>	Inconsciente 4	Períodos de inconsciência 3	Períodos de desorientação no tempo e no espaço 2	Orientação no tempo e no espaço 1	Orientação no tempo e no espaço 1
<b>Oxigenação</b>	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume) 4	Uso contínuo de máscara ou catéter de oxigênio 3	Uso intermitente de máscara ou catéter de oxigênio 2	Uso intermitente de máscara ou catéter de oxigênio 2	Não depende de oxigênio 1
<b>Sinais vitais</b>	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas 4	Controle em intervalos de 4 horas 3	Controle em intervalos de 6 horas 2	Controle de rotina (8 horas) 1	Controle de rotina (8 horas) 1
<b>Motilidade</b>	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela Enfermagem 4	Incapacidade ou dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada ou auxiliada pela Enfermagem 4/3	Incapacidade ou dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva programadas, realizadas ou auxiliadas pela Enfermagem 4/3	Limitação de movimentos 2	Movimentação todos os segmentos corporais 1
<b>Deambulação</b>	Restrito ao leito 4	Restrito ao leito ou locomoção através de cadeira de rodas, com auxílio 4/3	Restrito ao leito ou locomoção através de cadeira de rodas, com auxílio 4/3	Necessita de auxílio para deambular 2	Ambulante 1
<b>Alimentação</b>	Através de sonda ou catéter 3/4	Por boca com auxílio ou através de sonda nasogástrica 2/3	Por boca com auxílio ou através de sonda nasogástrica 2/3	Por boca com auxílio 2	Auto suficiente 1
<b>Cuidado corporal</b>	Banho no leito, higiene oral realizada pela Enfermagem 4	Banho no leito ou de chuveiro em cadeira de rodas com auxílio, higiene oral realizada ou auxiliada pela Enfermagem 4/3	Banho no leito ou de chuveiro em cadeira de rodas com auxílio, higiene oral realizada ou auxiliada pela Enfermagem 4/3	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral 2	Auto suficiente 1
<b>Eliminação</b>	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese 4	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese ou comadre com controle de diurese 4	Uso de comadre ou eliminações no leito 3/4	Uso de vaso sanitário com auxílio 2	Auto suficiente 1
<b>Terapêutica</b>	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A. 4	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica 2/3	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica 2/3	E.V. contínua E.V. intermitente 2/1	E.V. intermitente I.M. ou V.O. 2/1
	<b>Acima de 31</b>	<b>27-31</b>	<b>21-26</b>	<b>15-20</b>	<b>9-14</b>

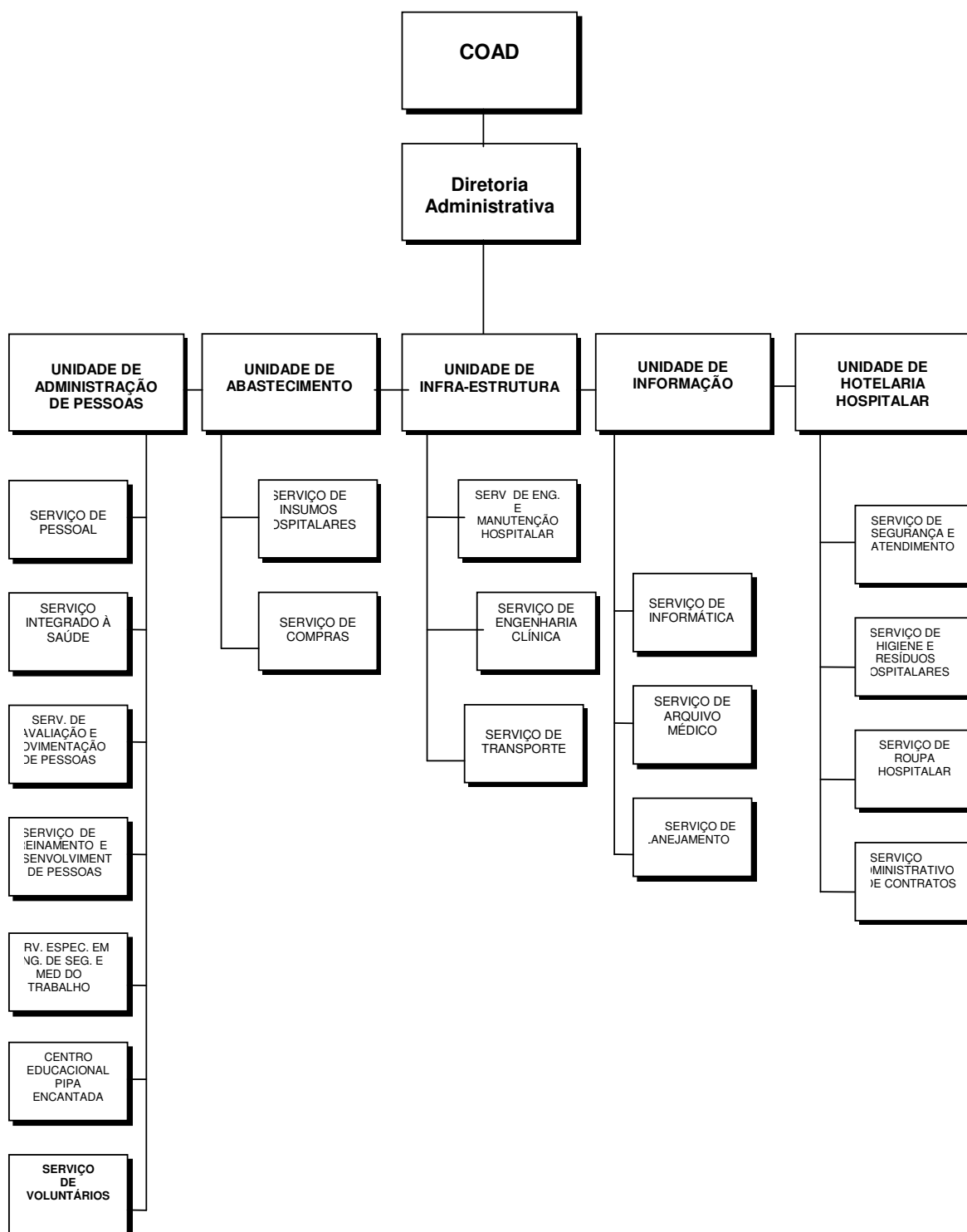
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN (2002).

### ANEXO III



Organograma do Conselho de Administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2007).

## ANEXO IV



Organograma do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2007).

## APÊNDICES

## APÊNDICE I



## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissionais)

- a. Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**ASPECTOS QUALI-QUANTITATIVOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**”, e sua participação é de fundamental importância.
- b. O objetivo desta pesquisa é prever a quantidade de funcionários requerida para suprir as necessidades de cuidado de Enfermagem, mediante o Sistema de Classificação de Pacientes Fugulin (2002), na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
- c. Caso você participe da pesquisa, será necessário que você permita que seja observada a realização dos cuidados de Enfermagem aos pacientes.
- d. As pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff – Enfermeira docente da UFPR e Cíntia da Silva Mazur – mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, que poderão ser contatadas nos telefones 3360.72.52 / 3275.62.36, em Curitiba, das 08:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, são as responsáveis pela pesquisa.
- e. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois da pesquisa.
- f. A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- g. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- h. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do participante.
- i. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante ou responsável

\_\_\_\_\_  
Cíntia da Silva Mazur Enfermeira -  
mestranda UFPR

## APÊNDICE III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Paciente)

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado **“ASPECTOS QUALI-QUANTITATIVOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO”** e sua participação é de fundamental importância.

- a. O objetivo desta pesquisa é prever a quantidade de funcionários requerida para suprir as necessidades de cuidado de Enfermagem, mediante o Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin (2002) na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
- b. Caso você participe da pesquisa, será necessário que você permita que seja observada a realização de seus cuidados de Enfermagem.
- c. As pesquisadoras Dr<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff – Enfermeira docente da UFPR e Cíntia da Silva Mazur – mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, que poderão ser contatadas nos telefones 3360-7252 / 3275.62.36, em Curitiba, das 08:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta-feira, são as responsáveis pela pesquisa.
- d. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois da pesquisa.
- e. A sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- f. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.
- g. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do participante.
- h. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- i. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante ou responsável

\_\_\_\_\_  
Cíntia da Silva Mazur Enfermeira -  
mestranda UFPR

## **APÊNDICE IV**

### **ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM NA UNIDADE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO**

- Finalidade;
- Objeto;
- Elementos do processo de cuidar;
- Os profissionais de Enfermagem – categorias/ quantitativo;
- Tempo de serviço de cada profissional na Enfermagem;
- Escolaridade (qual formação tem e qual a função desempenha na unidade);
- Distribuição por turno;
- Competências de cada profissional;
- Competências da gerência;
- Equipamentos;
- Conhecimento científico;
- Habilidade técnica;

#### **ATIVIDADES**

- Método de organização da assistência de Enfermagem;
- Divisão do trabalho;
- Metodologia da assistência de Enfermagem relacionadas ao cuidado de Enfermagem.

## **APÊNDICE V**

### **ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HC/UFPR**

- MISSÃO;
- FILOSOFIA;
- ESTRUTURA ORGANIZACIONAL;
- PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM;
- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA;
- EDUCAÇÃO CONTINUADA;
- SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.

## **APÊNDICE VI**

### **ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS DO HC/UFPR**

- MISSÃO;
- TIPO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIDORES;
- PROJETOS DE CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO PARA PROFISSIONAIS;
- RELAÇÃO COM A COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM.

## **APÊNDICE VII**

### **ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE INTERNO E EXTERNO DO HC/UFPR**

- MISSÃO;
- FINALIDADE;
- PORTE;
- ESTRUTURA ORGANIZACIONAL;
- MODELO DE GESTÃO;
- MODELO ASSISTENCIAL;
- SERVIÇOS E ESPECIALIDADES MÉDICAS;
- GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS;
- NATUREZA JURÍDICA;
- PRINCIPAIS FATORES POLÍTICOS, SOCIAIS E ECONÔMICOS;
- CARACTERÍSTICAS DE HOSPITAL DE ENSINO;
- CARACTERÍSTICAS DE HOSPITAL INTEGRANTE DO SUS.

## APÊNDICE VIII

### FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS – PERFIL DO CLIENTE

#### I – Identificação

Iniciais: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Acompanhante: ( ) sim ( ) não Leito: \_\_\_\_\_

Residência: ( ) Curitiba - Pr ( ) Reg. Metropolitana ( ) Interior do Estado  
( ) Outro Estado ( ) Outro País

#### II – Dados de internação

Data: / /

Procedência: ( ) P.A ( ) CM ( ) C.C ( ) CTSI ( ) Clínica cirúrgica  
( ) Outro

#### III - Tipo de internação:

( ) Clínica ( ) Cirúrgica

Submetido a procedimento cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não Porte: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_

Outro procedimento invasivo: \_\_\_\_\_

Intercorrências durante a internação: \_\_\_\_\_

#### V – Motivo da internação:

##### V - Doença crônica:

( ) Hepática ( ) Cardiovascular ( ) Respiratória ( ) Renal ( )

Imunocomprometido

##### VI – Tipo de saída - data: / / .

( ) Tranfer. Interna(UI) ( ) Óbito ( ) Transferência ext ( ) transf. UTI ( ) Transf.

Centro de Terapia Semi-intensiva.

Alta: / / .

Outras informações

relevantes: \_\_\_\_\_

INÍCIO DA COLETA DE DADOS: \_\_\_\_/08/2007.

## APÊNDICE IX

### Caracterização das atividades de cuidado indireto realizadas na Unidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC/UFPR - 2007

Marque com um “x” as atividades de cuidado indireto (que não são realizadas diretamente com o paciente) e que são realizadas na unidade, com base na frequência em que você as realiza:

<b>Categoria I - Documentação</b>	<b>Sempre</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Nunca</b>
Anotação de Enfermagem			
Revisão e avaliação da condição do paciente			
Através da leitura de dados registrados(prontuário e anotações de Enf.)			
Revisão e aprazamento de horários da prescrição médica			
Preenchimento de impressos diversos (livro de registros, justificativa de hora-extra)			
Checação da prescrição médica/Enfermagem			
<b>Categoria II - Atividades relacionadas à unidade</b>			
Limpeza e organização da unidade (atividades não relacionadas ao serviço de higiene)			
Limpeza, transporte e acondicionamento de equipamentos, móveis e utensílios			
Checação, organização e reposição de suprimentos (materiais de consumo p/ a assistência)			
Conferência e reposição do carrinho de emergência(parada cardio-respiratória, choque, traumas, etc)			
Conferência e reposição de estoque de medicamentos controlados (psicotrópicos)			
Solicitações para manutenção de consertos de equipamentos, móveis, utensílios e da estrutura predial			
Desinfecção de materiais relacionados à assistência respiratória(inaladores, máscaras, circuitos de respiradores) e lavagem de instrumentos			
Atividades de supervisão de Enf (elaboração de escala mensal de trabalho e escala diária de atividades))			
Recebimento e conferência de medicamentos c/ pessoal da farmácia na própria unidade			
Busca e devolução de materiais na Central de Material Esterilizado			
Limpeza da geladeira de medicamentos			
Controle da temperatura da geladeira de medicamentos			
<b>Categoria III - Tempo de espera</b>			
Tempo de espera aguardando materiais/medicamentos/outras, para realização de procedimentos			
Tempo de espera aguardando chegada de pacientes para atendimento			
<b>Categoria IV - Outras atividades (não descritas nas categorias anteriores)</b>			
Passagem de plantão			
Facilitação da visita ao paciente			
Solicitação de voluntários por telefone			
Solicitação do Serviço Social por telefone			
Solicitação do serviço de Psicologia por telefone			
Cálculo de hora-extra			
Atendimento telefônico (ligações diversas)			

Se houver mais atividades que não estão contempladas nessas tabelas, favor descrever no espaço em branco disponível acima.

**Categoria**

Enfermeira ( )      Técnico de Enfermagem ( )      Auxiliar de Enfermagem ( )  
 \_\_\_\_\_ Cíntia da Silva Mazur - Mestranda em Enfermagem/UFPR



INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR - UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - HC/UFPR										
ANO: 2007 - Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04. Cálculo realizado para 16 leitos										
TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES		TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (C <sub>JK</sub> )			
					Enfermeir a	Aux/Técnico				
<i>j</i>	(n <sub>j</sub> )		(h <sub>j</sub> )	(n <sub>j</sub> · h <sub>j</sub> )	(P <sub>j enf</sub> )	(P <sub>j aux/tec</sub> )	Enfermeira	Aux/Técnico		
							$\frac{P_{j\ enf}}{100}(n_{j} \cdot h_{j})$	$\frac{P_{j\ aux/tec}}{100}(n_{j} \cdot h_{j})$		
Intensivo	0.08		17.9	1.43	10	90	0.1	1.3		
Semi-intensivo	0.69		9.4	6.49	10	90	0.6	5.8		
Alta dependência	2.06		9.4	19.36	10	90	1.9	17.4		
Intermediário	3.21		5.6	18.0	10	90	1.8	16.2		
Mínimo	9.96		3.8	37.8	10	90	3.8	34.1		
SOMA	16.00		0	83.1	10	90	8.3	74.8		
CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA SEMANAL	ÍNDICE DE FOLGAS	DIAS FERIADOS NO ANO	ÍNDICE DE FERIADOS	DIAS DE FÉRIAS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO	ÍNDICE DE ABSENTEISMO	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST <sub>k</sub> )	
<i>k</i>	<i>e</i>	$E = \left(\frac{e}{D - e}\right)$	<i>f</i>	$F = \left(\frac{f}{D - f}\right)$	<i>v<sub>k</sub></i>	$V_k = \left(\frac{v_k}{D - v_k}\right)$	<i>a<sub>k</sub></i>	$A_k = \left(\frac{a_k}{D - a_k}\right)$	$[(E + F)(V_k + A_k)] - 1$	
Enfermeira	2	40	15	0.04	30	0.09	5.0	0.12	0.78	
Auxiliar e técnico	2	40	15	0.04	30	0.09	40.0	0.04	0.65	
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO		JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE		ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO DE PESSOAL (qk)	
									Calculado	Ajustado
Enfermeira	6.9		6	89.24		0.78	1.3	1.0	2.3	2
Auxiliar e técnico	74.8		6	77.67		0.65	16.0	10.5	26.6	27
SOMA	81.7		-					11.5	28.8	29

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR - UNIDADE DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - HC/UFPR										
ANO: 2007 - Cálculo do pessoal de enfermagem, segundo tempo médio diário de cuidado preconizado pela Resolução do COFEN nº 293/04. Cálculo realizado para 22 leitos										
TIPO DE CUIDADO	MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES		TEMPO MÉDIO DIÁRIO DE CUIDADO	CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO NO TEMPO DE CUIDADO		CARGA MÉDIA DIÁRIA DE TRABALHO POR CATEGORIA PROFISSIONAL (C <sub>JK</sub> )			
					Enfermeira	Aux/Técnico				
$j$	$(n_j)$		$(h_j)$	$(n_j \cdot h_j)$	$(P_{j\ enf})$	$(P_{j\ auxl\ tec})$	Enfermeira	Aux/Técnico		
							$\frac{P_{j\ enf}}{100} (n_j \cdot h_j)$	$\frac{P_{j\ auxl\ tec}}{100} (n_j \cdot h_j)$		
Intensivo	0.10		17.9	1.79	10	90	0.2	1.6		
Semi-intensivo	0.95		9.4	8.93	10	90	0.9	8.0		
Alta dependência	2.84		9.4	26.70	10	90	2.7	24.0		
Intermediário	4.42		5.6	24.8	10	90	2.5	22.3		
Mínimo	13.69		3.8	52.0	10	90	5.2	46.8		
SOMA	22.00		0	114.2	10	90	11.4	102.8		
CATEGORIA PROFISSIONAL	DIAS DE FOLGA SEMANAL	ÍNDICE DE FOLGAS	DIAS FERIADOS NO ANO	ÍNDICE DE FERIADOS	DIAS DE FÉRIAS NO ANO	ÍNDICE DE FÉRIAS	DIAS DE AUSÊNCIA NO ANO	ÍNDICE DE ABSENTEISMO	ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA (IST <sub>k</sub> )	
$k$	$e$	$E = \left( \frac{e}{D - e} \right)$	$f$	$F = \left( \frac{f}{D - f} \right)$	$v_k$	$V_k = \left( \frac{v_k}{D - v_k} \right)$	$a_k$	$A_k = \left( \frac{a_k}{D - a_k} \right)$	$[(E + F) + (V_k + A_k)] - 1$	
Enfermeira	2	40	15	0.04	30	0.09	5.0	0.12	0.78	
Auxiliar e técnico	2	40	15	0.04	30	0.09	40.0	0.04	0.65	
CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DA CARGA DIÁRIA DE TRABALHO		JORNADA DIÁRIA DE TRABALHO	PRODUTIVIDADE		ÍNDICE DE SEGURANÇA TÉCNICA	QUADRO DE PESSOAL EM ATIVIDADE	PESSOAL PARA COBERTURA	QUADRO DE PESSOAL (qk)	
									Calculado	Ajustado
Enfermeira	6.9		6	89.24		0.78	1.3	1.0	2.3	2
Auxiliar e técnico	102.8		6	77.67		0.65	22.1	14.4	36.5	36
SOMA	109.7		-	-			23.3	15.4	38.8	38